



# fficina delle Idee

**IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI**

## **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

*e rapporto della domiciliarità*

## RIABILITAZIONE DOMICILIARE IBRIDA: Tradizionale e Tecnologica

Forte Giacomo Francesco\*, de Nittis Raffaele Pio\*\*, Crisetti Marco\*\*\*

\* Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "S.M.A.R.", Manfredonia, Foggia

\*\* Cooperativa Sociale per Azioni "San Giovanni di Dio", Foggia

\*\*\* Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, San Giovanni Rotondo, Foggia

### Introduction

L'interruzione obbligata dei Servizi di riabilitazione domiciliare a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19; la necessità di dotarli di tecnologie innovative per la misurazione degli esiti; il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano (PNRR); la convinzione di dover intervenire su questo setting assistenziale per cercare di renderlo più efficace, efficiente e sicuro; la consapevolezza di poter contribuire a rendere il domicilio dell'utente, davvero il "primo luogo di cure", riducendo i limiti che caratterizzano questa tipologia di prestazioni, hanno ispirato gli autori nell'ideare un Servizio di Riabilitazione Domiciliare "Ibrida" che integri la riabilitazione domiciliare tradizionale con quella erogata a distanza mediante tecnologie digitali e assistite da robot.



Foto 1 - Teleriabilitazione



### Methodology

Revisione della letteratura scientifica e della normativa unitamente alle attività di benchmarking presso strutture di riabilitazione e aziende di fabbricazione delle tecnologie.



Foto 2 - Postazione Teleriabilitazione (COT)

Lo studio ha ricercato una modalità erogativa di prestazioni riabilitative domiciliari che non fosse condizionata da rischi infettivi o da qualsiasi altro impedimento. Ha individuato i punti di forza e di debolezza delle due modalità erogative oggetto di studio e ha consentito di ideare un Servizio di riabilitazione domiciliare "Ibrida", con requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ben definiti, vincoli di eleggibilità, attività da erogare, tempi di attuazione, piano economico finanziario di realizzazione.



Foto 3 - Riabilitazione domiciliare

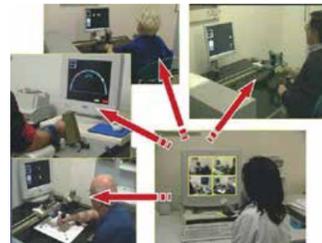


Foto 4 - Prestazione teleriabilitativa

### Results

**Punti di forza Riabilitazione tradizionale:** corretta relazione terapeutica con presenza di comunicazione non verbale; riabilitazione calata nel reale contesto ambientale. **Punti di debolezza:** insufficienza di dati, e qualità percepita, autoreferenziale per scarso utilizzo strumentale e tecnologico; impossibilità prestazionale in determinate condizioni; costi eccessivi di "produzione".

**Punti di forza Teleriabilitazione:** erogazione anche in presenza di rischio infettivo o altro impedimento; assenza dei tempi di spostamento degli operatori con conseguente riduzione dei costi di "produzione" e di inquinamento ambientale (mobilità sostenibile). **Punti di debolezza:** inadeguate conoscenze informatiche degli utenti; inadeguato accesso alla rete; ridotta relazione terapeutica (assenza di "contatto", di comunicazione non verbale); maggior rischio di violazione della privacy; maggiori vincoli di eleggibilità.



Foto 5 - Progetto Telemedicina Puglia

### Conclusion

Le due modalità erogative non possono essere assolutamente sostitutive ma solo integrative perché sia raggiunta la miglior efficienza, efficacia e sicurezza prestazionale. Ne discende un Servizio di riabilitazione domiciliare "Ibrida", tecnologicamente innovativa e digitalizzata. Una riabilitazione che può gestire dati, misurare, validare e aumentare la ripetitività e intensità delle prestazioni accelerandone i risultati e che, alle sapienti mani del professionista sanitario, associa l'utilità delle tecnologie per una miglior efficacia on line e off line delle prestazioni a distanza.



Foto 6 - COT Teleriabilitazione

### Bibliografia

- Accordi Conferenza Permanente Stato-Regioni Rep. Atti n. 215/CSR, 17 dicembre 2020, n. 124/CSR, 4 agosto 2021 e n. 231/CSR, 18 novembre 2021
- Forte G.F., de Nittis Raffaele Pio, "Riabilitazione Tecnologica Domiciliare (RTD) "Ibrida", Roma, Rirea, 2021





**Telemedicina in Gastroenterologia: gestione delle epatopatie croniche e delle malattie infiammatorie croniche intestinali.**

Astretto S, Mucherino C, Alvino S, Russo L, Vecchiarelli V, Costato D, Sgamato C, Annechiarico A\*, Cuomo R  
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, \*Direzione Sanitaria –  
A.O.R.N Sant'Anna e San Sebastiano Caserta

**Introduzione**

La telemedicina è basata sull'utilizzo di tecnologie informatiche e finalizzata a garantire assistenza sanitaria in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località.

Questo modello operativo può essere applicato in gastroenterologia su due gruppi di malattie, le epatopatie croniche (EC) e le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI). Questa modalità di visita a distanza consente un più facile "patient engagement" favorendo una efficace gestione della malattia cronica e l'ottimizzazione dell'outcome clinico delle patologie.

**Risultati attesi**

La tecnica di controllo a distanza permetterebbe di verificare diversi parametri clinici e strumentali nei due gruppi di pazienti utili al monitoraggio dell'outcome delle patologie e consentirebbe di ottenere i seguenti risultati:

Nei pazienti con EC

1. Riduzione delle complicanze (scompenso idrosalino, encefalopatia porto sistemica, sanguinamento da varici esofagee)
2. Incremento della sopravvivenza
3. Riduzione degli accessi ospedalieri

Nei pazienti con MICI

1. Riduzione dei relapse di malattia e dell'uso di farmaci
2. Miglioramento della qualità di vita
3. Riduzione degli accessi ospedalieri
4. Minore ricorso alla chirurgia

**Metodi**

**Procedure preliminari alla teleconsulenza (aspetti amministrativi-fig 1):**

- Richiesta di visita in telemedicina presentata al CUP
- Invio via mail della prescrizione del curante al CUP
- Comunicazione dell'importo e ricezione di avvenuto pagamento
- CUP invia conferma di prenotazione.



**Procedure finalizzate all'erogazione della teleconsulenza (aspetti clinici, fig2):**

- Il clinico contatta ogni paziente in lista 24 ore prima dell'erogazione chiedendo l'invio della documentazione clinica su casella mail appositamente creata
- Dopo la consulenza il clinico stila un referto che, criptato, sarà inviato via e-mail al paziente
- La prima visita e in caso di necessità, deve essere in presenza



**Conclusioni**

La telemedicina in gastroenterologia consente un maggiore controllo e migliori performance cliniche dei pazienti epatopatici cronici e con MICI.

La visita a distanza sta delineando il futuro della medicina. Questo modello di consulto determinerà forti risparmi e miglioramenti della salute dei cittadini.

Infine, con l'applicazione di questo modello, le strutture ospedaliere, meno congestionate dal minore afflusso dei pazienti, potranno diventare più dinamiche e maggiormente specializzate alla soluzione di malattie ad alta complessità.

**Bibliografia**

**Telemedicina, linee di indirizzo nazionale.**

[www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioPubblicazioniEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2129](http://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioPubblicazioniEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2129)

**Remote Monitoring and Telemedicine in IBD: Are We There Yet?** George LA, Cross RK. Curr Gastroenterol Rep. 2020 Feb 10;22(3):12.

**Telemedicine in Hepatology: Current Applications and Future Directions.** Fung BM, Perumpail M, Patel YA, Tabibian JH. Liver Transpl. 2022 Feb;28(2):294-303. doi: 10.1002/lt.26293. Epub 2021 Oct 7





## Scompenso cardiaco e monitoraggio remoto

Annechiarico A\*, Cicala S, Cesaro A, Viscusi M, Brignoli M, Mattera A, Chianese R, Cirillo A, Agresti M\*, Amore B\*, Calabrò P.

\*Direzione Sanitaria, U.O.C. Cardiologia Clinica a Direzione Universitaria, UOSD Servizio di Prevenzione e Protezione A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano - Caserta

### Introduzione

L'impianto di dispositivi cardiaci, pacemaker e defibrillatori, è aumentato nell'ultimo decennio.

Il follow up tradizionale in questi pazienti ha il limite di determinare un carico di lavoro crescente per i centri di elettrostimolazione e fornisce un'acquisizione ritardata delle informazioni memorizzate che, se acquisite tempestivamente, possono facilitare un intervento clinico rapido con conseguenti benefici per il paziente.

I sistemi di monitoraggio remoto del dispositivo cardiaco impiantato nei pazienti con scompenso, consentono una valutazione costante a distanza da parte dello staff clinico in Ospedale e rendono possibile una diagnosi precoce degli episodi di instabilità ed un rapido intervento se necessario, riducendo in tal modo gli accessi in P.S

### Risultati attesi

Il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci nei pazienti con scompenso cardiaco consente una migliore gestione clinica del paziente con un aumento di interventi precoci ed una riduzione degli eventi critici migliorando la prognosi del paziente.

Inoltre il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci ha un impatto organizzativo importante nel ridurre i carichi di lavoro delle strutture ospedaliere riducendo gli accessi e le ospedalizzazioni

### Metodo

Il sistema di monitoraggio remoto dei dispositivi cardiaci impiantati fornisce ai medici della struttura Ospedaliera informazioni relative al funzionamento e variabili cliniche del Paziente, attraverso il Comunicatore che dal domicilio del Paziente trasmette automaticamente ad un sito web protetto cui ha accesso il personale sanitario in Ospedale.

Con tale sistema si eseguono diversi tipi di interrogazioni del dispositivo impiantato tra cui:

- follow-up remoti automatici programmabili dal medico
- monitoraggio quotidiano ed automatico degli allarmi rossi e gialli impostati dal medico per ogni paziente con relativa trasmissione delle informazioni entro le 24h dalla rilevazione e notifica all'operatore via SMS/mail e piattaforma web
- interrogazioni manuali iniziate dal paziente in caso di necessità

I dati trasmessi sono relativi agli elettrocatereteri (ampiezza intrinseca, impedenza di pacing, soglia di pacing, impedenza di shock), stato della batteria, EGM/S-ECG presenti, eventi, contatori, istogrammi, impostazioni del dispositivo, trend clinici tra cui frequenza respiratoria, frequenza cardiaca media, frequenza cardiaca notturna, livello di attività, impedenza toracica, sleep incline, Burden AT/FA, AP ScanTM, Heart Rate Variability (SDANN).

I trend clinici possono essere visualizzati da un 1 mese fino ad un massimo di 12 mesi.

### Conclusioni

Il monitoraggio remoto consente al personale medico di ricevere gli stessi dati ottenibili dal normale controllo ambulatoriale con una sensibile riduzione dei tempi della visita di controllo, una riduzione di costi e soprattutto migliorando la prognosi dei pazienti rispetto al solo controllo clinico tradizionale e la sua qualità di vita .

### Bibliografia:

"HRS Expert Consensus Statement on Cardiovascular Implantable Electronic Devices". Slotwiner et al-Heart Rhythm, Vol 12, No 7, July 2015

2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death  
Katja Zeppenfeld et al. Eur Heart J. 2022.

"Remarks on the guideline recommendations for cardioverter-defibrillator implantation for primary prevention of sudden cardiac Death in patients with severe ventricular dysfunction. Consensus Document of the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO)/Italian Society of Cardiology (SIC)/Italian Association of Arrhythmology and Cardiac Pacing (AIAC)" Massimo Zoni Berisso et al. G Ital Cardiol (Rome). 2013 Nov.





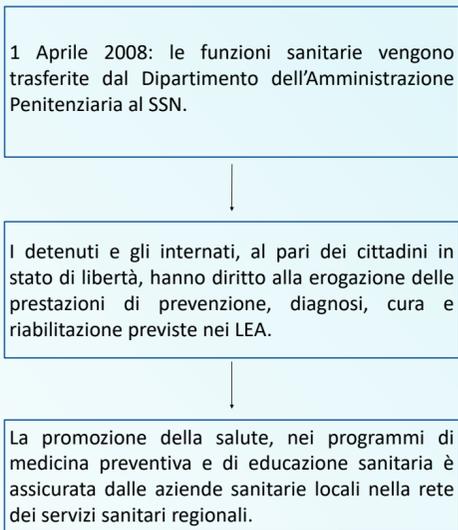
**PNRR: Mission 5 - Integrazione Istituti Penitenziari e territorio:  
istituzione centro vaccinale permanente**



**Autori:** F. De Caro <sup>1,2</sup> A. De Chiara <sup>1,2</sup>, D. Fornino <sup>1,2</sup>, L. Fortino <sup>1,2</sup>, C. Giordano <sup>1,2</sup>, R. Giorgio <sup>1,2</sup>, E. Palombo <sup>1,2</sup>, D. Pecora <sup>1,2</sup>, M. Perillo <sup>1,2</sup>, E.Santoro<sup>1</sup>, G.Boccia <sup>1,2</sup>

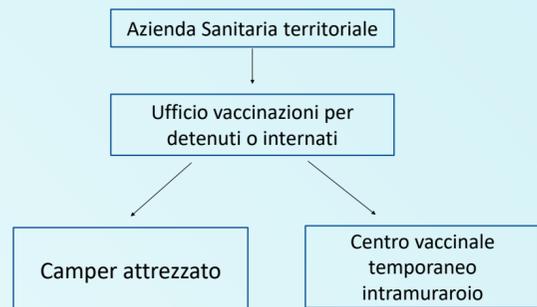
(1) Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Salerno, 84081 Baronissi  
(2) A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona

**Introduzione**



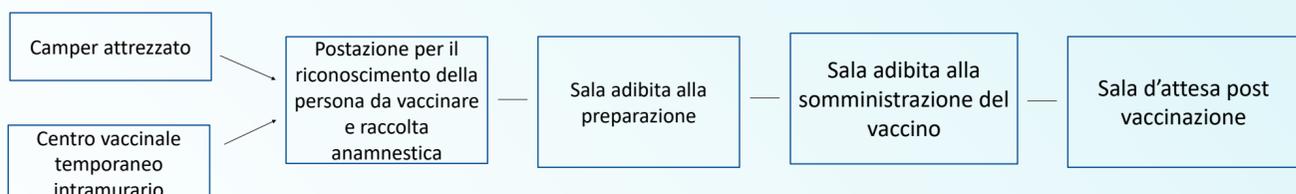
**Metodi**

Le attuali strutture sanitarie presenti negli Istituti Penitenziari, con le vaccinazioni anti-Covid, hanno affrontato realmente per la prima volta la formulazione di percorsi capaci di provvedere alle necessità di vaccinazione della popolazione detenuta. Dall'esperienza sul campo si è potuto verificare la necessità di un ufficio centralizzato che possa, acquisite le anamnesi vaccinali, sopperire alle vaccinazioni necessarie ed obbligatorie eventualmente non espletate da parte dei detenuti ed internati.



**Sviluppi**

Un ufficio vaccinale deputato potrebbe provvedere alle vaccinazioni mettendo in campo in caso di emergenze, come un eventuale pandemia, un camper attrezzato capace di raggiungere facilmente anche presidi disagiati e che non hanno disponibilità di spazi e personale o eventualmente, anche considerando un alto numero di pazienti, un centro vaccinale temporaneo allestito direttamente all'interno degli Istituti Penitenziari. L'ufficio dovrebbe essere dotato di personale dedicato, capace di allestire, ove ce ne siano gli spazi disponibili, un percorso capace di provvedere alle necessità di vaccinazione della popolazione detenuta.



**Conclusioni**

L'organizzazione di un ufficio vaccinale per ogni Azienda Sanitaria Locale, sul cui territorio provinciale insistono degli Istituti Penitenziari, consentirebbe di raccogliere un'attenta anamnesi vaccinale così da poter eventualmente sopperire alle vaccinazioni obbligatorie presso il nostro Paese e non nel Paese dal quale eventualmente provengono pazienti extra comunitari. Nell'ottica di un ufficio dedicato, il camper attrezzato potrebbe essere inviato laddove ci fossero necessità assistenziali quali centri di prima accoglienza, comunità terapeutiche assistenziali. Tale struttura organizzativa potrebbe anche essere utilizzata per effettuare screening occasionali o programmati nelle popolazione detenuta ed in soggetti, che provenendo da altre nazioni, non avrebbero mai avuto opportunità di sottoporsi a tali metodiche nei paesi di origine.



## INR e telemedicina. Dal prelievo venoso al prelievo capillare: tecnologia e informatica a supporto dell'integrazione ospedale - territorio

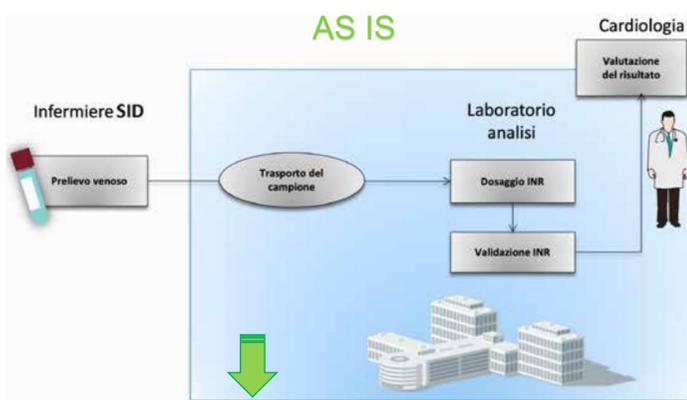
A. Siena<sup>1</sup>, M. Bartolomei<sup>8</sup>, C. Valisella<sup>4</sup>, V. Granato<sup>2</sup>, G. Montefrancesco<sup>3</sup>, M. R. Di Niro<sup>5</sup>, G. Maini<sup>7</sup>, M. Orsoni<sup>6</sup>, F. Caveduri<sup>2</sup>, G. Casella<sup>5</sup>, V. Sturlese<sup>1</sup>, S. Benini<sup>1</sup>, R. Mancini<sup>2</sup>

AUSL di Bologna: 1) Governo Clinico Ricerca Formazione e Sistema Qualità; 2) Laboratorio Unico Metropolitan; 3) DATeR Centro - Domiciliarità e Attività Territoriali; 4) Processo Continuità e Presa in Carico Domiciliare; 5) Cardiologia Ospedale Maggiore; 6) Ingegneria Clinica; 7) ICT; 8) DATeR IRCCS

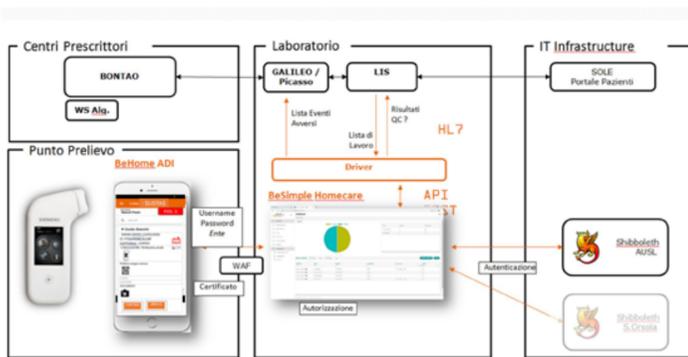
### INTRODUZIONE

Il prelievo venoso per la determinazione dell'INR ai fini del dosaggio della terapia anticoagulante orale comporta in assistenza domiciliare diverse criticità legate, talvolta, al reperimento del patrimonio venoso, al trasporto del campione biologico e ai tempi di attesa del referto per impostare il piano terapeutico.

L'Azienda Usl di Bologna, prima in Italia, ha sviluppato una modalità di gestione della terapia che prevede il prelievo capillare (PoCT), in alternativa a quello venoso, e un sistema di trasmissione telematica del dato in tempo reale al Laboratorio Unico Metropolitan e, dopo validazione, al centro prescrittore e al FSE.



### AS TO BE



### MATERIALI E METODI

Il progetto pilota ha interessato 3 Servizi Infermieristici Domiciliari (SID) di Bologna, 42 infermieri, 925 pazienti, mediamente 80 prelievi giornalieri.

Parametri valutati pre e post metodica per un periodo di due mesi:

- TAT Tempo tra prelievo e disponibilità piano terapeutico
- INR medio
- N° medio prelievi a paziente

Inoltre, è stata realizzata un'indagine per la valutazione d'impatto del dispositivo sulle prassi organizzative dei professionisti (tramite SWOT Analysis e Focus Group).

### RISULTATI

Sono stati presi in esame 2 mesi per il confronto dei dati del 2021 (prelievo venoso) e 2022 (prelievo capillare).

| APRILE-MAGGIO | Prelievo venoso | Prelievo Capillare | Pazienti | INR Medio | N° Medio prelievi x paziente | TAT Medio |
|---------------|-----------------|--------------------|----------|-----------|------------------------------|-----------|
| 2021          | 3008            | -                  | 1014     | 2.43      | 2.96                         | 4 ore     |
| 2022          | -               | 2918               | 925      | 2.40      | 3.37                         | 22 minuti |

TAT presenta una netta riduzione.

L'INR medio e il N° medio prelievi a pz non presentano differenze significative.

Sono stati effettuati 204 prelievi venosi per il controllo di qualità del dato contestualmente ai prelievi capillari.

Dalla valutazione di impatto emergono sostanziali punti di forza legati alla velocità della risposta, al confort del paziente e ad una maggiore flessibilità organizzativa delle attività assistenziali.

### CONCLUSIONI

La nuova metodica:

- rende più efficiente l'organizzazione dei servizi infermieristici domiciliari;
- velocizza l'adeguamento della terapia;
- garantisce maggiore confort al paziente e la completa tracciabilità del processo.

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- PoCT INR Monitoring Devices for patient on long-term oral anticoagulation therapy: An Evidence-Based Analysis-Medical Advisory Secretariat. ONT Health Technol Assessment Ser. 2009
- PoCT INR: An Overview-Doris Barcellona et al. Clin. Chem. Lab. Med. 2017

### RIFERIMENTI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Info: a.siena@ausl.bologna.it





## Telemedicina, una nuova opportunità nella riabilitazione?

E. Bernardi<sup>1</sup>, F. Plazzi, A. Ferravante<sup>1</sup>, I. Valentini<sup>1</sup>, A. Mussoni<sup>1</sup>, S. Mascetti<sup>1</sup>,  
L.A. Lazzari Agli<sup>1</sup> UO PNEUMOLOGIA RIMINI, AUSL ROMAGNA

In collaborazione con Ing. R. Camillini, Direttore UO Innovazione e Valutazione delle Tecnologie, dott.ssa S. Nanni e Ing. E. Toschi UO Qualità e Governo clinico e dott.ssa A. Caminati, Risk Manager dell'Ausl della Romagna

### Introduzione

L'attività presentata nel poster rappresenta l'evoluzione e l'ampliamento di un progetto realizzato inizialmente in corso di pandemia rivolto ai pazienti con problematiche respiratorie conseguenti ad infezione da COVID-19 dimessi al domicilio da strutture ospedaliere o territoriali.

Oramai è noto come la malattia da coronavirus (COVID-19) infatti può causare disfunzioni respiratorie, fisiche e psicologiche a lungo termine più o meno severe. I pazienti dimessi a domicilio, in fase post acuta, possono presentare: dispnea e **astenia**, una limitazione nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (ADL), intolleranza all'esercizio e riduzione periferica della funzione muscolare. Per questi motivi la riabilitazione respiratoria è una componente importante della gestione terapeutica di Pazienti affetti da COVID-19. **Soprattutto durante la prima ondata**, a causa del distanziamento sociale, le attività di specialistica ambulatoriale in presenza erano state sospese. Per questo motivo **l'Azienda ha proposto un nuovo strumento che permettesse il monitoraggio dei pazienti anche a distanza: la telemedicina.**

La telerabilitazione è un aspetto della telemedicina che rappresenta, con tutte le attività che racchiude al suo interno, l'opportunità di garantire continuità clinico assistenziale a favore di tutti quei cittadini fragili che a vario titolo non riescono ad accedere al luogo di cura. Dall'inizio della pandemia **diversi lavori in letteratura hanno dimostrato infatti l'importanza e l'efficacia di questo nuovo "strumento".**

L'applicazione dello strumento in fase emergenziale, i risultati ottenuti ed il riscontro positivo da parte dell'utenza ha fatto sì che l'attività di telerabilitazione venisse posta a sistema, estendendone l'applicazione anche a pazienti più fragili o impossibilitati a raggiungere la struttura, affetti da patologie dell'apparato respiratorio, non necessariamente correlate ad esiti da infezione da COVID19, integrando la tradizionale gestione del percorso riabilitativo in presenza.

L'UO di Pneumologia ha condotto pertanto uno studio **durante la pandemia** allo scopo di valutare l'efficacia e fattibilità di un programma di allenamento di 4 settimane con telemonitoraggio **in pazienti affetti da SARS-COV2**, per valutare l'impatto del programma sulla qualità della vita e per valutare la sostenibilità/applicazione.



Fig. 1 Sistema di telemedicina Fenix®



AREZZO, 22-25 NOVEMBRE 2022

### Risultati

Per quanto riguarda la fase sperimentale i risultati sono i seguenti: Non ci sono state differenze significative tra maschi e femmine, quindi, i dati sono stati analizzati considerando un unico gruppo. L'età media registrata è di 60±12 anni.

28 pazienti (56%) sono stati seguiti in telemedicina, gli altri attraverso semplici telefonate poiché non avevano disponibilità di pc o non erano in grado di utilizzare il sistema. Coloro che non sono stati in grado di utilizzare il sistema sono i più anziani, con una età media di 67±2 (dato statisticamente significativo p<0,05).

I pazienti seguiti dal programma di TV hanno dato un feedback positivo.

Il punteggio CAT prima del programma riabilitativo è stato 8±4 e 1±2 dopo (dato statisticamente significativo p<0,0001). Fig 3

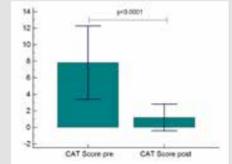


Fig. 3 punteggi CAT pre e post TR

Il punteggio di Barhel non è cambiato in maniera statisticamente significativa prima e dopo il programma (p>0,05) ma va sottolineato come i pazienti non hanno presentato disabilità (il valore più basso registrato è stato 75/100).

Al termine del programma i pazienti hanno migliorato il loro stile di vita seguendo i consigli forniti sulla **svolgimento abituale di attività aerobica**. I pazienti hanno eseguito mediamente 42±16 min di attività fisica moderata almeno 3 volte alla settimana. La dispnea percepita è stata 3±1/10 della scala di Borg (0-10).

Per quanto riguarda l'attività di potenziamento muscolare tutti i pazienti hanno eseguito almeno 12±3 ripetizioni per almeno 2 serie



Per quanto riguarda la PEP bottiglia, tutti i pazienti hanno utilizzato mediamente 750 ml di acqua. 3 pazienti su 50 hanno **evidenziato una desaturazione da sforzo e per tale motivo è stata richiesta una nuova visita pneumologica.**

3 pazienti su 50 hanno riferito dolore toracico pertanto è stata richiesta una visita cardiologica.

**Questo trend di dati viene confermato anche nei pazienti che ad oggi continuano con il sistema di TV.**

### Metodologia

La prima fase dello studio, iniziata a maggio 2020, ha arruolato un campione di 50 pazienti. I pazienti coinvolti in questa prima fase sono stati prevalentemente quelli dimessi dalla terapia intensiva (pazienti tracheostomizzati o che hanno ricevuto ossigeno ad alti flussi) oppure pazienti inviati dal MMG trattati a domicilio ma ancora sintomatici.

Per l'analisi comparativa tra prima e dopo il trattamento sono stati utilizzati diversi questionari:

- questionario di valutazione della BPCO (CAT),
- questionario sulla qualità della vita (QoL),
- questionario sulle abilità dello svolgimento attività della vita quotidiana, Scala Barthel.

L'attività di monitoraggio e di riabilitazione è stata svolta da un medico in due modalità: o

- attraverso Telefonate settimanali
- attraverso il nuovo sistema di telemedicina Fenix® (ELCO Srl, Il Cairo Montenotte, SV, Italia). Questa piattaforma per il telemonitoraggio (TV) è stato reso disponibile dall'UO Innovazione e valutazione delle tecnologie dell'Azienda USL della Romagna.

Questa attività di monitoraggio, sia attraverso le semplici telefonate che con il sistema TV, aveva l'obiettivo di raccogliere i dati relativi a alla presenza di dispnea, tosse, astenia o altri sintomi. Inoltre a tutti i pazienti è stato inviato un video educativo per istruire i pazienti alla corretta esecuzione del programma di allenamento prescritto. Il programma da svolgere a domicilio consisteva in:

- componente aerobica ad intensità lieve- moderata, in particolare cammino o cyclette;
- esercizi di rinforzo muscolare e mobilizzazione della gabbia toracica;
- ginnastica respiratoria con PEP bottiglia.

Durante le sessioni di allenamento la saturazione arteriosa (SpO2) e la frequenza cardiaca sono state monitorate attraverso l'utilizzo di un pulsossimetro.



Fig. 2 Pulsossimetro

Durante il programma il carico di lavoro è stato adeguato sulla base del miglioramento/peggioramento di sintomi (in particolare dispnea, astenia).

Pazienti con sintomi suggestivi o esacerbazioni rilevate durante il colloquio telefonico sono stati indirizzati verso una nuova valutazione specialista.

Dopo questa prima fase attuata in piena emergenza sanitaria alla ripresa della attività anche in presenza è stato aperto un ambulatorio dedicato c/o UO di Pneumologia per una valutazione a distanza di 3 mesi di tutti i pazienti ricoverati e di quelli ancora sintomatici.

Sono stati valutati circa 240 pazienti con RX torace, spirometria globale, test del cammino e visita pneumologica. Questa valutazione ha permesso di verificare come: il 18% dei pazienti presenta ancora sequele e sono pertanto stati inseriti in percorsi specifici di follow up e che altri 23 pazienti hanno avuto la necessità di intraprendere il percorso riabilitativo poiché ancora sintomatici.

Dopo queste prime fasi il sistema di TV è stato introdotto in forma definitiva come attività ambulatoriale c/o il reparto di Pneumologia in parallelo alle attività di riabilitazione in presenza. Sono stati arruolati altri 6 pazienti: 2 pazienti pre-trapianto polmonare impossibilitati a raggiungere gli ambulatori, 1 paziente fragile in ossigeno terapia a lungo termine, 1 paziente con distrofia muscolare e 1 paziente con fibrosi polmonare.

### Conclusioni

Il telemonitoraggio ha rappresentato un approccio efficace per **monitorare i pazienti post dimissione durante la pandemia e per ottimizzare il recupero funzionale post infezione da SARS COV-2**. Non tutti i pazienti però erano preparati tecnologicamente all'utilizzo di questo sistema di TV, o per limiti legati alla indisponibilità di un PC oppure perché non capaci di utilizzare il software.

Per quanto riguarda l'efficacia del programma di telemonitoraggio tutti i pazienti hanno migliorato la qualità della vita e loro capacità di esercizio dopo le 4 settimane di allenamento supervisionato.

Ad oggi, data l'utilità del programma, l'utilizzo della telemedicina è stato ampliato anche altri pazienti impossibilitati a raggiungere la struttura ospedaliera per diversi motivi.

La telemedicina ed i suoi strumenti hanno registrato in questi ultimi anni caratterizzati dalla pandemia, un notevole sviluppo non solo tecnologico, ma anche normativo, ampliando i criteri di applicazione non solo agli utenti affetti da patologie croniche che necessitano di monitoraggio biometrico o residenti in territori geograficamente lontani dal luogo di cura, ma rendendola una componente integrativa (non sostitutiva) del percorso di cura delle persone che, per svariate motivazioni, non possono accedere alle strutture ospedaliere e territoriali.

Si è dimostrata essere uno strumento di effettivo supporto al funzionamento dei servizi, indipendentemente dal fatto che ci si trovi o meno in un momento di emergenza sanitaria, come dimostrato dalla presa in carico di utenti non positivi al Covid-19, ma con problematiche di salute importanti, caratterizzate da percorsi di cura complessi da un punto di vista organizzativo o in condizioni di fragilità.

Ciò consente quindi anche di garantire, se utilizzata, equità nell'accesso ai servizi, comunicazione, formazione continua e miglioramento dell'empowerment dell'utenza.

La telemedicina rappresenta quindi anche uno strumento che si pone come obiettivo la crescita, l'autonomizzazione ed il raggiungimento del proprio potenziale di salute.

Unico limite registrato è rappresentato dalla difficoltà da parte di un target specifico di utenza, nello studio descritto la fascia più anziana, che se non dispone di strumenti informatici e di adeguato supporto nell'utilizzo delle tecnologie può trovarsi nella condizione di non usufruire di tale servizio.

### Bibliografia

- Delibera CIPE (122/2015),
- Intesa Stato Regioni del 2015 (146/CRS)
- DGR 648/2016 Regione Emilia-Romagna
- Determinazioni 16900/2017, 5394/2018, 13242/2019 Regione Emilia-Romagna "Implementazione dei Servizi di Teleassistenza nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso della Regione Emilia-Romagna".
- Rapporto ISS Aprile 2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19"
- Repertorio atto n. 215/CSR
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".
- Repertorio atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020



## MISURAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEI SERVIZI DI HOME-DELIVERY E CUSTOMER CARE NEI PAZIENTI CON IRRIGAZIONE TRANSANALE E AUTOCATETERISMO INTERMITTENTE

Polli Francescapaola<sup>1</sup>, Tarascio Raffaella<sup>1</sup>, Di Palma Romina<sup>1</sup>, Giordani Cecilia<sup>1</sup>, Tedone Fabio<sup>2</sup>, Lopatriello Stefania<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Wellspect srl, Casalecchio di Reno, Italy, <sup>2</sup>Helaglobe srl, Firenze, Italy,  
Officina delle Idee, 17° Forum Risk Management – Arezzo 22-25 NOVEMBRE 2022

### INTRODUZIONE

- Incontinenza fecale e urinaria sono accompagnate da stigma sociale e scarso senso della dignità personale.
- I servizi di Customer Care (CC) e consegna a domicilio (D) migliorano l'aderenza alla terapia e aumentano l'autonomia dei pazienti [1], riducendo la percezione di perdita della dignità [2].
- Questo studio misura la qualità dei servizi CC e D forniti a pazienti che necessitano di dispositivi medici per l'Irrigazione TransAnale (TAI) e Cateterismo intermittente (CI), con un focus su continuità della fornitura, competenza del personale, empatia [3].

### MATERIALI E METODI

- I pazienti che hanno dato il consenso hanno risposto via e-mail ad un questionario online anonimo. Il questionario è stato adattato dal metodo ServQual, uno strumento di ricerca multidimensionale validato per misurare la qualità dei servizi sanitari [4]. Le analisi sono state eseguite utilizzando Stata16.
- L'indagine ha misurato, su scala Likert a 7 punti, le percezioni e le aspettative degli individui su cinque dimensioni: aspetti tangibili (canali di contatto, confezionamenti), affidabilità, reattività, sicurezza (capacità di trasmettere fiducia), empatia (attenzione al cliente) [5].
- Una sezione aggiuntiva del questionario ha misurato la rilevanza per ciascuna dimensione e la differenza ponderata tra percezioni e aspettative (gap analysis).

### RISULTATI

#### Popolazione

51 Uomini 27 Donne  
Età media 50 anni (range 4-78)  
46 utenti Customer Care (CC)  
32 utenti servizio a domicilio (D)

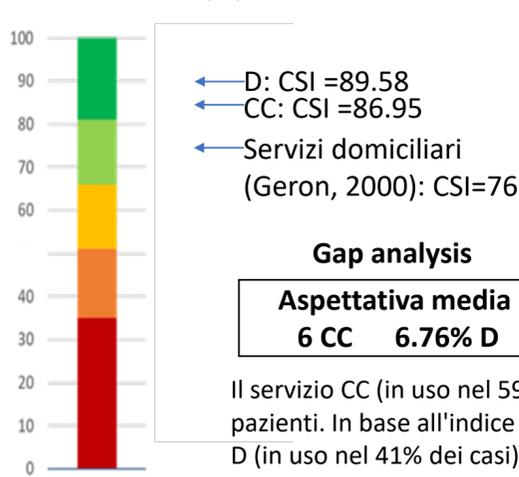
#### Patologie



Percentuale di utenti che hanno trovato soddisfacente i seguenti aspetti

|  |  |
|--|--|
| <b>Aspetti tangibili – Telefono</b><br>72% CC 78% D  | <b>Aspetti tangibili – Privacy</b><br>71% CC 76% D |
| <b>Affidabilità – Assistenza</b><br>77% CC           | <b>Affidabilità – Continuità</b><br>94% D          |
| <b>Reattività – Servizio rapido</b><br>81% CC 90% D  | <b>Reattività – Schedulazione</b><br>73% CC 81% D  |
| <b>Sicurezza – Fiducia percepita</b><br>83% CC 85% D | <b>Empatia – Competenza</b><br>83% CC 82% D        |

Customer satisfaction index (CSI)



Il Customer Satisfaction Index riassume i punteggi del cliente sui diversi domini per creare un indice singolo di soddisfazione complessiva [6].

#### Gap analysis

**Aspettativa media**  
6 CC 6.76% D

**Percezione media**  
6.08 CC 6.25% D

Il servizio CC (in uso nel 59% dei casi) supera le aspettative dei pazienti. In base all'indice di soddisfazione, sia il servizio CC che D (in uso nel 41% dei casi) risultano molto soddisfacenti (86,95 e 89,58 rispettivamente).

I principali aspetti che incidono sull'autonomia dei pazienti e sull'aderenza alla terapia (continuità di fornitura, competenza, tempestività, responsabilità) sono stati giudicati soddisfacenti da oltre l'80% dei pazienti.

### CONCLUSIONI

- Lo studio adatta e applica uno strumento internazionale validato per la valutazione della qualità del servizio ai servizi CC e D che accompagnano la consegna dei dispositivi medici per TAI e CI dell'azienda.
- La qualità del servizio erogato è elevata in tutte le dimensioni del punteggio e contribuisce a migliorare l'aderenza alla terapia e l'autonomia dei pazienti.

### BIBLIOGRAFIA

[1] Hilbers, Int. J. of HTA, 2013  
[2] Rodriguez-Prat A, Plos One, 2016  
[3] Morey, J. of Pain and Symptom Manag., 2021

[4] Fatima, Int. J. for Quality in Health Care, 2019  
[5] Parasuraman, J. of Retailing, 1988  
[6] Utomo, International Journal of Computer Application, 2013



**Covid 19 e Telecoaching – Paziente – Care Giver - Famiglia**

\*Eleonora Bruno, \*\*Antonella Ieto

\*Dipartimento Professioni Sanitarie RIOD Formazione, \*\* Dipartimento

**INTRODUZIONE**

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19 la Regione Lazio si è impegnata a garantire e potenziare, mettendo in campo tutte le risorse disponibili, i servizi sanitari necessari a contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, e ad assicurare l'assistenza e la continuità delle cure. La tele sorveglianza, "il telecoaching" ha permesso di sorvegliare a distanza i cittadini/ pazienti dal proprio domicilio, reso possibile l'integrazione ospedale territorio e la continuità dell'assistenza, (Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020). I primi pazienti affetti da SARS COV 19 paucisintomatici, dimessi a domicilio dal PS dell'azienda ospedaliera San Giovanni di Roma, richiedevano una immediata presa in carico da parte del distretto di appartenenza (SISP, USCAR, API, MMG). Il tempo di latenza tra la dimissione del paziente da PS e l'assistenza distrettuale è stato colmato attraverso un'offerta di continuità assistenziale predisposta dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie con il servizio di Telecoaching. Gli infermieri del Team IPC hanno assicurato attraverso attività telefonica e/o di videochiamata, il controllo dei parametri clinici e uno sportello di comunicazione con le persone e i loro Care Giver.

La diffusione improvvisa della malattia e il considerevole numero di accessi al pronto soccorso hanno saturato rapidamente gli ospedali mentre le misure di contrasto alla pandemia tra cui il progressivo lockdown decretato per affrontare il contagio e la diffusione della malattia covid 19, ha prodotto esiti nella salute della popolazione e nelle produzioni dei servizi sanitari di gravità estrema.

**ANALISI DEL CONTESTO** L'intuizione della Direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, ha accolto l'evento pandemico come occasione per ripensare e ridisegnare l'assistenza nei confronti dei propri pazienti, ha ipotizzato e messo in atto il passaggio all'utilizzo di piattaforme digitali di Telecoaching in particolari contesti assistenziali. È stata predisposta una scheda intervista, per l'acquisizione dell'automonitoraggio dei sintomi da parte degli utenti arruolati (presenza di febbre, tosse, dolori, perdita dell'olfatto, affaticamento nella deambulazione, difficoltà respiratoria). La modifica significativa degli stessi gli infermieri indirizzano la persona verso un livello di cura appropriato al problema di salute. Alcuni item del questionario ricordano all'utente il mantenimento delle buone pratiche; igiene delle mani, distanziamento sociale, utilizzo della mascherina, igiene ambientale, areazione dei locali.

**MATERIALI E METODI**

Il modello organizzativo messo in atto (ed ancora attivo) è quello della tele sorveglianza ed il telecoaching domiciliare (Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020), il progetto ha avuto inizio il 1 Aprile 2020, ad opera del Team infermieristico dedicato alla Prevention and Infection Control.

**Popolazione** Il progetto è rivolto ai cittadini/pazienti dimessi dal nostro PS o dimissioni precoci dalle UO dell'AO, con tampone per COVID 19 positivo o negativo con sintomatologia suggestiva in attesa della presa in carico della ASL competente per territorio o altro servizio territoriale.

**Durata** Il Telecoaching ha avuto una durata di 14 giorni (per ogni utente/paziente), o comunque fino alla presa in carico dello stesso da parte della ASL competente per territorio.

**Strumento** L'intervista telefonica o in video chiamata (nel rispetto della scelta o possibilità del paziente/utente) ha inizio alle ore 9.00 del mattino compatibilmente con le esigenze del paziente/utente. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario costituito da 2 sezioni diverse:

**Automonitoraggio sintomi**

- Febbre;
- tosse;
- dolori muscolari;
- difficoltà respiratoria;
- malessere generale;
- dolori muscolari. Inoltre i nostri utenti/pazienti sono stati educati a:

**Educazione al paziente, care giver, famiglia**

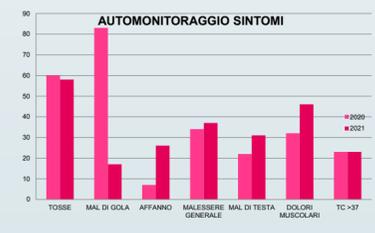
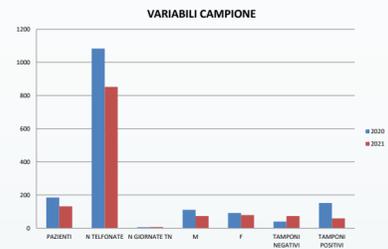
Per l'educazione al paziente abbiamo utilizzato i materiali bibliografici, poster dell'ISS, abbiamo invitato i pazienti in base al loro grado di digitalizzazione ad accedere al sito dell'ISS mandando il link, visualizzare la documentazione inviata per posta elettronica o WA. nel caso il paziente sia impossibilitato siamo ricorsi al familiare o care giver

**Abbiamo raccomandato al paziente il rispetto di:**

- etichetta respiratoria;
- distanziamento sociale;
- areazione/ventilazione locali;
- igiene ambientale.

**Risultati**

| Area Dedicata       | 01/04 | 02/04 | 03/04 | 04/04 | 05/04 | 06/04 | 07/04 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Comunità 1 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 2 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 3 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 4 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 5 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 6 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 7 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 8 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 9 - Roma   |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 10 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 11 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 12 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 13 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 14 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 15 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 16 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 17 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 18 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 19 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 20 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 21 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 22 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 23 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 24 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 25 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 26 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 27 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 28 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 29 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 30 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 31 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 32 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 33 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 34 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 35 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 36 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 37 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 38 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 39 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 40 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 41 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 42 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 43 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 44 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 45 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 46 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 47 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 48 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 49 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 50 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 51 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 52 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 53 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 54 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 55 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 56 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 57 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 58 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 59 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 60 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 61 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 62 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 63 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 64 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 65 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 66 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 67 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 68 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 69 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 70 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 71 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 72 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 73 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 74 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 75 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 76 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 77 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 78 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 79 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 80 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 81 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 82 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 83 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 84 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 85 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 86 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 87 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 88 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 89 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 90 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 91 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 92 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 93 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 94 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 95 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 96 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 97 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 98 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 99 - Roma  |       |       |       |       |       |       |       |
| Comunità 100 - Roma |       |       |       |       |       |       |       |



**Conclusion**

L'esperienza di Telecoaching è stata inserita quale processo di assistenza complementare al complessivo processo di cura, ha ridotto le conseguenze indesiderate dell'isolamento sociale, ma la vera rivoluzione dell'assistenza a distanza è il miglioramento, nei pazienti reclutati, del loro empowerment il cittadino competente che diventa co-partecipante al proprio processo di cura promuove e mobilita risorse nei confronti della propria salute e riconosce e fidelizza l'organizzazione sanitaria quando la stessa lo include nel processo di cura. Con l'approccio video comunicativo e telefonico i cittadini hanno potuto rappresentare all'infermiere di riferimento, segni e sintomi pur essendo confinati al proprio domicilio; di contro gli infermieri responsabili del servizio hanno potuto osservare le condizioni dei propri assistiti, ed inviargli al proprio MMG o a nuovo accesso di ricovero nei casi di modifica nello stato di salute.

**Bibliografia**

1. Boland Mary G. Navigating Uncharted Waters: Preparing COVID-19 Capable Nurses to Work in a Transformed Workplace. Hawai 'I Journal Of Health & Social Welfare, September 2020, Vol 79, No 9.
2. Emily C. et al. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic: Are We Ready To Go Live?. Advances in Skin & Wound Care. August 2020.
3. Nwando Olayiwola J et al. Telehealth as a Bright Spot in the COVID-19 Pandemic: Recommendations From the "Frontweb" (JMIR Public Health and Surveillanc on. April 01, 2020
4. Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020 Regione Lazio.
5. Wierenga Kelly L. et al. Adapting to Uncertainty Nursing Responsiveness to COVID-19. Journal of Cardiovascular Nursing Vol. 35, No. 4, pp. 322–323.
6. Xu Yi. Et al. Community nursing services during the COVID-19 pandemic: the Singapore experience. British Journal of Community Nursing August 2020 Vol 25, No 8.



Dott. Fulvio Visin<sup>1</sup>, Dott. Giuseppe Chizzoniti<sup>1</sup>, Dott.ssa Maria Alba Stigliano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC SIMT (Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale) e CPE (Centro di Produzione Emocomponenti) ASL Roma 1

**Premessa**

Il CAD (Centro Assistenza Domiciliare) è un servizio rivolto a persone non autosufficienti. Tutte le richieste sanitarie sono attivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) se il paziente (pz) è a domicilio o in R.S.A., da un reparto ospedaliero se necessita di dimissione protetta. La Struttura Trasfusionale (ST) si occupa del processo di donazione, analisi, lavorazione, validazione, conservazione e distribuzione del sangue ai pz dopo valutazione dell'appropriatezza.



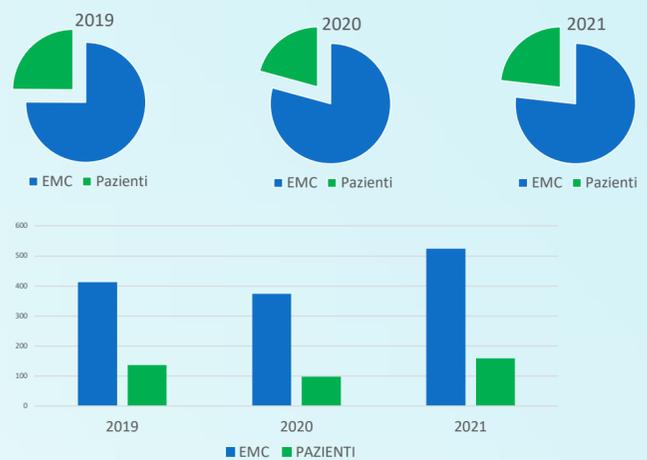
**Materiali e metodi**

Si descrive la procedura attuata nella ASL Roma 1 tra la ST ed i Distretti Aziendali che coordinano i CAD deputati alla terapia trasfusionale domiciliare dei pz con anemia cronica, grave, sintomatica, resistente alla terapia farmacologica o dovuta a patologia onco-ematologica. L'appropriatezza della terapia è in linea con le principali linee guida internazionali.

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| <b>Medico MG</b>           | Richiesta dell'emocomponente (EMC) e acquisizione del consenso informato. Invio al CAD                            | La richiesta deve essere conforme al DM 2.11.2015, datata e firmata. Il consenso informato del paziente sui rischi della terapia trasfusionale con firma dello stesso  |
| <b>Distretto ASL - CAD</b> | Acquisizione richiesta  | Verifica completezza e congruità della richiesta. Contatta i familiari del pz per decidere le tempistiche delle prestazioni  |
| <b>Inf. CAD</b>            | Prelievo domiciliare. Invio richiesta EMC e campioni ematici alla ST  | Effettua prelievo ematico per determinazione gruppo sanguigno e prove di compatibilità pretrasfusionali. Se pz non noto alla ST sono necessari 2 accessi in tempi diversi per il prelievo del gruppo sanguigno. Le etichette devono essere conformi al DM 2.11.2015 e firmate dall'infermiere. Concorda con la ST il ritiro dell'EMC |
| <b>Medico ST</b>           | Accetta la richiesta  | Valuta conformità e appropriatezza. Effettua le indagini pretrasfusionali. Consegna l'EMC entro 72 h. E' possibile consegnare una sola unità di EMC alla volta.  |
| <b>Medico CAD</b>          | Ritira - Trasporta - Trasfonde l'EMC al domicilio del paziente. Compila la documentazione di avvenuta trasfusione | Ritira l'EMC controllando la documentazione di accompagnamento, lo pone in un contenitore termico con registratore di T°. L'unità viene trasfusa appena giunta al domicilio del pz e NON può essere conservata   |
| <b>CAD</b>                 | Archivia documentazione   | Programma emocromo post trasfusionale  |

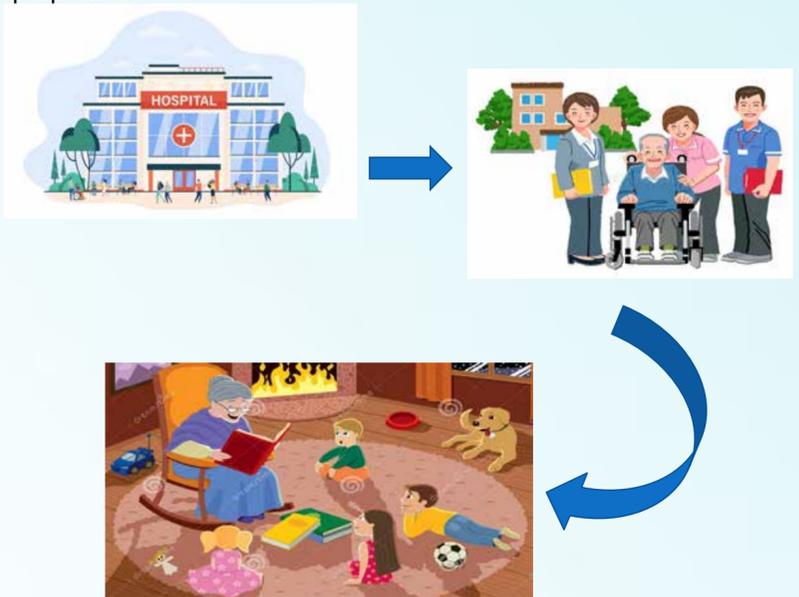
**Risultati**

| UNITA' DI EMOCOMPONENTI TRASFUSE |          |           |          |           |          |
|----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| ANNO 2019                        |          | ANNO 2020 |          | ANNO 2021 |          |
| EMC                              | Pazienti | EMC       | Pazienti | EMC       | Pazienti |
| 413                              | 137      | 374       | 98       | 524       | 159      |



**Conclusioni**

I risultati raggiunti dimostrano come, a seguito di una accurata programmazione, si è arrivati ad un'ottima collaborazione tra ST e Medicina Territoriale: MMG, Distretti Aziendali e CAD afferenti. Ciò consente ad un elevato numero di pazienti di non dover ricorrere alla Struttura Ospedaliera per subire la terapia trasfusionale, ma può farlo nel più confortevole ambiente familiare circondato dall'affetto dei propri cari.





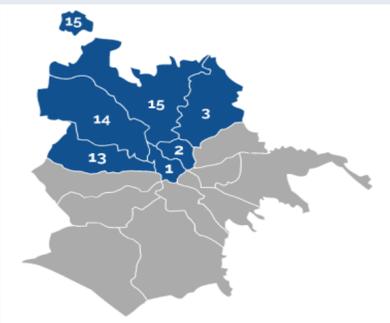
**L'OSPEDALE SENZA CONFINE**  
*The new diagnostic path in the future The home first place of care*

**UOC TECNICI SANITARI**

**R. Ferrara, M. Moroni, A. Tamburro, F. Picariello, D. Travaglini**

**INTRODUZIONE**

La sanità italiana deve ripensare l'intero approccio preventivo, diagnostico e terapeutico da erogare sul territorio. Per affrontare tali sfide, emerge l'importanza della **telemedicina**, uno strumento che consente di incrementare la continuità delle cure tra i diversi livelli di assistenza, una modalità diversa di erogare i servizi ed integrare maggiormente il territorio con la struttura ospedaliera in un'ottica di continuità delle cure. In risposta alle opportunità offerte dal PNRR e redatte nella componente Missione 6, l'Azienda, ASL Roma 1 supportata da uno sviluppo tecnologico propone di estendere una risposta sanitaria che garantisca continuità delle cure ai cittadini rafforzando i servizi di prossimità con le prestazioni domiciliari scegliendo **la casa come primo luogo di cura**, attraverso l'introduzione di un percorso territorio vs ospedale e viceversa sempre più integrato e digitale. Grazie alla sinergia tra la UOC di Radiologia la UOC Tecnici Sanitari e ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) della ASL Roma 1, nasce a luglio del 2021 un modello organizzativo per la Diagnostica di Prossimità: il progetto sperimentale di «Radiologia Domiciliare».



I **6 Distretti** che compongono la **ASL Roma 1** ricoprono una **Superficie totale**: 524,0 km/q, pari a 40,8% della *superficie* complessiva del Comune di Roma  
**Popolazione residente**: 1.041.220, pari al 36,3% della popolazione complessiva residente  
**Popolazione immigrata**: 156.776, pari a ca. 40,66% della popolazione immigrata

**MATERIALI E METODI**

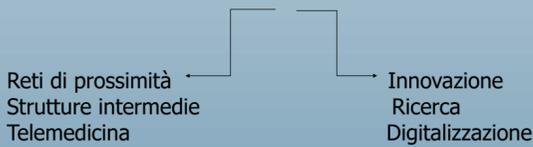
Il Medico di Medicina Generale (MMG), formula la richiesta di prestazione radiologica a domicilio, per utenti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il Medico Radiologo (MR) valuta l'appropriatezza e la congruità della richiesta. 2013/59/EURATOM, D.Lg.101/2020. Il **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM)**, appositamente formato, pianifica l'uscita, programma l'esecuzione dell'esame, effettua la prestazione radiologica a domicilio, garantendo i massimi livelli in termini di qualità e sicurezza della prestazione. Le immagini acquisite digitalmente vengono trasmesse in tempo reale con rete 4/5 G, visualizzate su Work Station ospedaliera e refertate da remoto dal MR. Il referto, così come previsto dal Art. 161 del D. Lgs. 101/20, è comprensivo della relativa esposizione connessa alla prestazione, costituita dalla classe di dose. L'utente in possesso delle credenziali d'accesso scarica il referto radiologico sul portale della Regione Lazio.  
Esami radiologici eseguibili: Torace, Addome, Segmenti Scheletrici



**OBIETTIVI**

L'obiettivo della Radiologia Domiciliare è quello di creare, in ambito radiologico, un servizio **"ponte"** tra Ospedale e Territorio, estendendo l'attività radiologica convenzionale e ospedaliera a domicilio, attraverso l'uso della rete informatica, di apparecchiature portatili di ultima generazione, in grado di garantire un'alta qualità diagnostica e sicurezza per il paziente e l'ambiente circostante seguendo le indicazioni Europee mission n° 6.

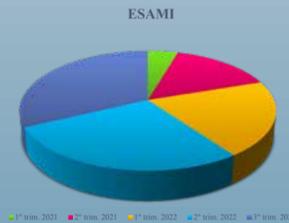
**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA**



**RISULTATI**

La qualità dei servizi assistenziali erogati in sicurezza a tutela degli operatori, dei pazienti nonché dei caregivers, sono dettati dalle normative che garantiscono e regolamentano l'attività diagnostica, attraverso l'espressione di 3 principi cardine della radioprotezione **Giustificazione, Ottimizzazione, Limitazione della dose** (D.lgs.101/2020). La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro viene regolamentata dal D.Lgs. n. 81/2008 come modificato dal D.L. n. 146/2021 conv. da Lg. n. 215/2021.

luglio/dicembre 2021 termine del progetto  
**SPERIMENTALE**  
35 prestazioni  
**APPROPRIATE**



gennaio/settembre 2022 attività  
**ISTITUZIONALE**  
142 prestazioni  
**APPROPRIATE**

**CONCLUSIONI**

La parola digitale entra ogni giorno nelle organizzazioni, nella nostra vita, e nelle nostre case ha fatto emergere il valore di uno strumento in grado di migliorare la vita delle persone. Per rispondere ai bisogni di una società in continua evoluzione la nostra Azienda ASL Roma 1 si muove in un percorso che possa tradurre e delineare nuovi modelli organizzativi di presa in carico di pazienti fragili con patologie croniche attraverso strumenti terapeutici innovativi per un cambio di paradigma nell'assistenza "sanitaria digitale" ed una medicina di prossimità. A domicilio del paziente non tutto deve essere fatto se non quello di fornire la stessa qualità della diagnosi clinica come in ambiente ospedaliero. L'attività domiciliare non deve essere separata dall'ambito di un contesto di cura integrato. Imparare dalle tragiche vicende pandemiche, agire senza divisioni e **senza confine** nell'implementazione della Diagnostica e delle Cure di Prossimità. La formazione e la conoscenza aumentano la probabilità di successo della transizione digitale in sanità solo se i cittadini sono **"On board"**.

Infine è inevitabile affermare che la radiologia domiciliare può migliorare la qualità della vita dei pazienti, della sanità e della salute, progettare un modello di assistenza sanitaria meno incentrata sugli ospedali ma sempre più legittimata sul servizio domiciliare territoriale.

**BIBLIOGRAFIA**

D.Lg. N°81 del 2008; Direttiva Euratom n°59 del 2013; D.Lg. n°101 del 2020; D.Lg. n°146 del 2021; D.Lg. n°215 del 2021; Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza NEXTGENERATIONITALIA Presidenza del Consiglio dei Ministri; Decreto del 29.04.2022 approvazione linee guida contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare - "Riforma del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale " - G.U. del 24.05.2022; Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione Europea (anno 2022) - Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri; Documento Intersocietario SIRM - AIF: Attività di Assistenza Domiciliare - Indicazioni e Raccomandazioni; Documento Intersocietario SIRM - AIF: Attività di Assistenza Domiciliare, Indicazioni e Raccomandazioni; delibera n. 26 Ter del 12 settembre 2015 Comitato Centrale Federazione nazionale TSRM.





**Partecipare in Sanità- New Public Management  
Tavolo Permanente Volontariato Asl Viterbo:  
realità condivisa orientata e consolidata**



1. **Stefania Stefani**, 2. **G. Centoscudi**, 3. **P. Galeotti**, 4. **P. Massarelli**, 5. **L.O. Mechelli**, 6. **M. Bordo**, 7. **L. Poleggi**, 8. **T. Riccini**,  
9. **S. Da Ros**, 10. **M. Paolini**.

**Abstract**

La partecipazione **effettiva** attraverso il **Tavolo Permanente del Volontariato** dove, in modo concreto, le associazioni di volontariato le professioni sanitarie e sociali, vengono coinvolte nella Asl di Viterbo vede l'avvio già nel 2011.  
In linea con la politica Sanitaria Nazionale e Regionale (D.Lgs 502/92 – Patto della salute 2019- decr.Reg.736/2019) che vedono il **ciudadino**, sempre più coinvolto nelle scelte sanitarie e su forte mandato della Direzione Generale il tavolo, in dieci anni, ha visto rafforzare e valorizzare, anno dopo anno, la **partecipazione attiva** anche in ambito di gestione dei percorsi (PDTA) e di formazione aziendale (partecipazione agli eventi formativi in PFA).  
La sfida oggi parlando sempre più di medicina di prossimità, allargare il tavolo in una visione sempre più sociale e territoriale implementando strumenti di interconnessione tra gli stakeholder (Scheda di accertamento per la presa in carico pazienti Fragili e l'Agenda di dimissione protetta) al fine d'implementare un linguaggio comune tra cittadini competenti e SSN.

**Introduction**

Con l'Atto di indirizzo del Ministero Salute riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali da parte delle associazioni o organizzazioni dei cittadini e dei pazienti del **3 ottobre 2022, si formalizza** il percorso per la partecipazione dei pazienti e dei cittadini con le loro organizzazioni alle scelte di politica sanitaria. In realtà nella ASL di Viterbo il progetto di un diverso stile di **governance** in una strategia di condivisione di obiettivi orientati, nasce già nel **2011**.

Il **new public management**, si propone di costruire, mantenere e rafforzare legami virtuosi con gli **stakeholder**, coinvolgendoli in una sinergia d'azione già presente nella mission stessa aziendale, passando da una visione affiancata a una visione integrata.

L'alleanza iniziale, in un modello di tipo partecipativo e volontario, mette dalla stessa parte il **"capitale umano"**, professionisti, cittadini competenti e associazioni.

Le **persone** come risorsa principale, per orientare i PDTA per dare risposte efficaci e "vicine" ai bisogni reali di salute.

Il processo di **empowerment organizzativo e sociale** (processo di crescita basato sul far emergere risorse latenti dell'individuo mettendolo il suo potenziale a disposizione) permette nel tavolo la rinuncia di rivendicazioni del singolo interesse e divenendo promotore di una relazione basata sul principio di corresponsabilità tra utenti e sistema sanitario.

**Methodology**

In considerazione della **Mission Aziendale** al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la Direzione strategica della Asl di Viterbo ha realizzato un percorso **in rete** che ha **integrato** in maniera organica e costruttiva e ormai stabile, le varie realtà associative. In un'ottica di trasparenza e partecipazione civica si è posta in **"ascolto"**, dopo essere stata coinvolta button- up da alcune di loro. Il 28 maggio 2014, su invito diretto del DG, si è svolto il primo incontro a valenza Provinciale, con un ampio consesso di associazioni, presenti sul territorio provinciale. L'adesione contava oltre 100 associazioni.

Effettuata la mappatura sul territorio delle associazioni, che ad oggi viene costantemente aggiornata in un data base, sono state successivamente definite le aree tematiche presenti:

1. Tutela dei diritti del malato, vita in ospedale e soccorso;
2. Sociale e cittadini stranieri;
3. Geriatrico e malattie croniche;
4. Materno infantile;
5. Disabilità e salute mentale;
6. Malattie rare;
7. Patologie emergenti, educazione alla salute donazione;
8. Oncologico;
9. Volontariato animalista.

Dopo questa prima fase di consultazione, in cui gli attori si sono conosciuti, l'esigenza è stata quella di adottare un **Regolamento** per il funzionamento del Tavolo Permanente del Volontariato **"Partecipare in Sanità"** e la **nomina del gruppo di lavoro del personale aziendale** del Tavolo Permanente del Volontariato, attribuendo a ciascuno le funzioni per AREA. La modalità d'accesso delle associazioni dei cittadini e dei pazienti agli strumenti partecipativi messi in campo risulta non una scelta aziendale, ma una adesione libera e formalizzata tramite una procedura di accreditamento, un format che comporta l'accettazione del regolamento stesso. Libera adesione ma massima regolarità e trasparenza fornendo i propri dati non solo relativi agli adempimenti formali, ma anche riguardanti alle attività con il curriculum dell'organizzazione, dove conta di più la rilevanza dell'impegno e il legame con i pazienti che il numero dei convegni a cui si partecipa. Il Tavolo Permanente del Volontariato si riunisce almeno sei volte l'anno, elegge un suo rappresentante e i componenti decadono dopo assenza a tre sedute consecutive del tavolo, senza giustificato motivo.

**Modalità operative di attività**

- I. Tenuta dell'elenco degli Enti e modalità di adesione al percorso partecipativo;
- II. Schede di adesione al tavolo, con dichiarazione di trasparenza, sottoscritta dal Legale Rappresentante, per ciò che concerne possibili conflitti di interesse.
- III. Regolamento Interno;
- IV. Stesura del verbale degli incontri e inoltre ai partecipanti;
- V. Convocazioni via mail e/o fax 7 gg prima;
- VI. Formulazioni dell'OdG concordati e/o proposti dalla direzione strategica e/o dalle associazioni.



**Results**

In questi anni il **Tavolo permanente** è diventato lo **Strumento Operativo** nel quale la Direzione aziendale ha dato voce e promosso il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini nel territorio di competenza. Il confronto al tavolo ha reso possibile il promuovere azioni in rete tra diversi soggetti operanti sul territorio, dando la possibilità di comprendere una prospettiva diversa dalla propria e considerando le caratteristiche dell'altro e i suoi attributi di ruolo. L'interazione nel gruppo è diventato un **plus valore**, i membri, nell'intento comune, la reciprocità di relazione e di comunicazione ha creato un equilibrio tra integrazione e differenziazione producendo una maggiore coesione. Il tavolo, superata la diffidenza iniziale di pregiudizio e particolarismi, in sinergia d'azione, ha stabilito un campo comune di lavoro creando una operativa integrazione socio-sanitaria.

Admo, AIDO, Avis, ASS. malati di rene, Nasi Rossi, Centro Coordinamento aziendale ASL VT hanno fatto molti eventi **INSIEME**

1. Sensibilizzazione nelle scuole primarie secondarie e Università;
2. Coinvolgimento corsi di Laurea Professioni sanitarie in tema di DONAZIONE;
3. Formazione di personale sanitario e non alla cultura del dono;
4. Formazione personale delle associazioni, da parte delle Asl;
5. Concorsi nelle scuole primarie e secondari « Donare per donarsi »;
6. Camminate per la sensibilizzazione « Donne in rosa », « Cammina con noi »;
7. Clown in corsia e in piazza;
8. Lotta contro la violenza;
9. Match it Now, giornate in piazza per la tipizzazione;
10. Camminata per la donazione;
11. Torneo calcetto Interforze per « il dono ».



**Conclusion**

**Quando le forze si uniscono il risultato si moltiplica.**

Fenomeni epocali come la pandemia Covid-19 hanno messo in luce la necessità di procedere uniti verso un nuovo modo di intendere l'assistenza sanitaria e i suoi sistemi di **governance**. Parole come resilienza, innovazione, territorio, comunità, partecipazione sono ormai comunemente usate per indicare valori attorno ai quali ridisegnare i servizi sanitari avendo a cuore la missione per cui sono nati: farsi carico dello stato di salute delle persone attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione in un percorso virtuoso di feedback continuo. La presenza costante e incrementale delle associazioni lungo il percorso vissuto dal SSN, in una visione di come il cosiddetto **Patient Involvement** possa toccare diverse articolazioni e processi decisionali del sistema sanitario.

- Partecipazione nella consultazione.
- Partecipazione nella definizione dell'agenda;
- Partecipazione nella co-progettazione dell'intervento.
- Partecipazione come supporto all'implementazione dei programmi di politica sanitaria.
- Partecipazione nella generazione delle evidenze "patient evidence".
- Partecipazione come valutazione e monitoraggio.
- Partecipazione come possibilità di riesame.

Il tavolo ha reso possibile tutto ciò andando ad usare spazi di partecipazione già previsti nel nostro ordinamento, spesso poco conosciuti, riconosciuti e soprattutto attuati. La vicenda Covid-19 ha dato una notevole spinta a questa "voglia di networking", dimostrando che quando le associazioni si mettono insieme si possono raggiungere maggiori risultati e il tavolo ha spesso chiesto di parlare non solo delle proprie istanze ma anche di quelle di associazioni della stessa area terapeutica o addirittura di una pluralità di esse, con una visione di insieme che precedentemente non era richiesta.

LA FORZA STA NELLA SQUADRA IN RETE.

**Standards end References**

- ✓ De Rita, (2013). **Ruoli e importanza delle associazioni**. *Care online* 3, 2013;
- ✓ Dumont, G. E. (2013). "Nonprofit virtual accountability: An index and its application". *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 42(5): 1049-1067. <https://doi.org/10.1177/0899764013481285>;
- ✓ Konke, M. (1982). "Advocacy: what is it?" *Nursing and Health Care*, 3 (6): 314-318.;
- ✓ Moro, G. *Azione civica, Conoscere e gestire le organizzazioni di cittadinanza attiva* Carocci Faber, 2005;
- ✓ Vanara, F. (2008). *Aziende sanitarie: struttura dell'offerta, rapporto con l'ambiente e articolazione interna*. Bologna, Il Mulino.
- ✓ **Dlgs 502/1992 partecipazione e Tutela dei diritti dei cittadini TIT IV° ART. 14;**
- ✓ **DPCM 19 Maggio 1995 - Carta dei Servizi Pubblici Sanitari;**
- ✓ **Dlgs 229/1999 Regioni prevedono forme di partecipazione dei cittadini e volontariato;**
- ✓ **Legge N° 328 del 2000-solidarietà sociale e valorizzazione del terzo settore**
- ✓ **Decreto Acta Atto d'indirizzo autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie Regione Lazio U0040 10 Giugno 2011;**
- ✓ **Determina Regione Lazio N° B8920 23 Novembre 2011;**
- ✓ **Dipartimento Programmazione Economica e Sociale Reg. Lazio determ. N°224873 del 20 Dicembre 2011 ;**
- ✓ **Regolamento funzionamento Tavolo Volontariato -Partecpa in Sanità - ASL VITERBO -28 Maggio 2014**
- ✓ **Delibera Asl Viterbo N° 1148 -20 settembre 2016- costituzione gruppo lavoro e approvazione regolamento ;**
- ✓ **Delibera Giunta Lazio N° 736 del 15 Ottobre 2019-Participation Act ;**
- ✓ **Dlgs 22 Aprile 2021 -partecipazione delle Associazioni di cittadini operanti in ambito sanitario;**
- ✓ **Ministero della Salute -SEGRETIARIATO GENERALE- Atto d'indirizzo N° 0014529 del 3 ottobre 2022.**





**UMANIT**  
**Te al centro della cura.**



Dott.sa Cristina Busiello

Orientamento e supporto personalizzato a paziente fragile e alle famiglie

Umanit è una società che ha per oggetto sociale la realizzazione di una rete che consente di monitorare e supportare il paziente fragile sul territorio e fare da interconnessione tra paziente, medico, poliambulatori, ospedali, strutture sanitarie condivise e gestite da tutti gli attori sanitari competenti sul processo di cura.

**Introduzione**

Umanit si propone di sviluppare e realizzare attraverso idonee tecnologie software e hardware, una rete che consenta di monitorare e supportare il paziente fragile sul territorio e ottenere così una solida interconnessione tra l'assistito, il medico di base e quello specialista, i poliambulatori e gli ospedali, al fine di ottenere un'assistenza integrata attraverso l'ausilio di informazioni sanitarie condivise e gestite da tutti.



**Risultati**

La mediazione di Umanit oltre a rafforzare la collaborazione tra i vari soggetti ha messo in risalto l'importanza e la necessità di condividere le informazioni sul paziente per offrire un percorso assistenziale domiciliare appropriato e conferire ancora più valore alle prestazioni erogate.



**Metodologia**

Umanit organizza e gestisce per proprio conto o per conto di terzi, privati, enti ed aziende, centri per la fornitura di servizi ed attività funzionali alla medicina generale e medicina specialistica, cliniche, di igiene e profilassi e per le attività quali: consulenza nutrizionale, rilascio piani alimentari, valutazione antropometrica, terapia e tecniche di medicina manuale, osteopatia, massoterapia, rieducazione motoria, funzionale e posturale, neuro-riabilitazione.



**Conclusioni**

L'organizzazione messa in piedi da Umanit a livello territoriale, rappresenta un valido modello di efficienza e operatività, sopperisce alle criticità sanitarie locali anche grazie all'utilizzo di nuove tecnologie. Ulteriore punto di forza di Umanit è senz'altro l'approccio orientato ai bisogni del paziente e anche dei suoi familiari.



**Riconoscimenti**

Presidente GVM care and research Ettore Sansavini, Prof Angelo Tanese DG asl Roma 1, Dott Sergio Felici AD San Carlo di Nancy, Dott Nunzio Catalano Agenzia di sanità pubblica Laziosanita, Prof Vincenzo Busiello Università La Sapienza Roma e CNR.



**CARDIOLOGIA RIABILITATIVA - PROGETTO FOLLOW UP POST COVID-19**



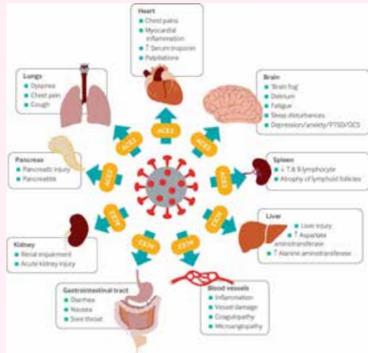
**Autori:** Luigi Carlo Bottaro 1- Marta Caltabellotta 2 - Anna Lisa Porcile 3 - Carmelo Gagliano 4  
Miriam Cerliani Bruschi 5

1 Direttore Generale - 2 Direttore Sanitario - 3 Dirigente Medico S.C. Riabilitazione Cardiologica  
4 Dirigente Professioni Sanitarie - 5 Referente Gestione Rischio Clinico



**Introduzione**

Fin dai primi momenti dalla comparsa della pandemia COVID-19 è apparso evidente che i pazienti, superata la fase acuta di malattia di pertinenza infettivologica e rianimatoria, si sarebbero trovati "orfani" di uno specialista di riferimento in grado di farsi carico da solo di tutti i possibili problemi post acuti quali ad esempio l'affaticamento, la debolezza muscolare e la riduzione della capacità di esercizio, meglio identificati in letteratura come Long Covid o PACS (post acute covid syndrome). In questa fase si è ritenuto di predisporre un programma di presa in carico multidisciplinare riabilitativo finalizzato ad accelerare il recupero dei pazienti post COVID-19 transitati per le strutture di ASL3 e dimessi con diagnosi di polmonite interstiziale COVID.

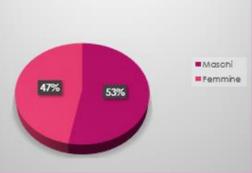


**Risultati**

**IL PROGRAMMA DI FOLLOW UP POST COVID-19 È UN PROGETTO CHE HA COINVOLTO 377 PAZIENTI, DI CUI 200 MASCHI E 177 FEMMINE IN UNA FASCIA DI ETÀ FRA 18 E 88 ANNI.**



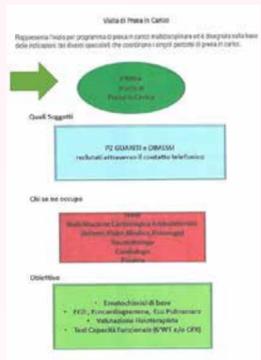
**Pazienti arruolati progetto follow up post Covid-19**



L'analisi dei dati relativi al campione di pazienti inseriti nel programma di riabilitazione ed esercizio ha dimostrato l'efficacia di questo trattamento. Il programma di follow up ha dedicato risorse specifiche alle valutazioni psicologiche ed è stato rilevato un significativo aumento di sintomi di ansia e depressione rispetto alla popolazione di controllo. Un aspetto interessante è stata l'osservazione di una sostanziale indipendenza della comparsa di sintomi della sfera psicologica rispetto al grado di complessità della malattia in fase acuta. Risulta evidente che la ricerca di queste problematiche non può essere limitata ai soggetti ricoverati e con assistenza ventilatoria ma anche a quelli che in realtà non hanno necessitato di ricovero ospedaliero. Le conseguenze sull'interstizio polmonare e sul cuore sono estremamente rare e di entità non grave ma persistono, in un'elevata percentuale di pazienti, alcuni sintomi apparentemente senza cause identificabili riconducibili alla Sindrome post Covid.

**Metodologia**

Data l'assenza di indicazioni chiare, relativamente agli esiti a medio e lungo termine della malattia, si è ritenuto di coinvolgere nel progetto tutte le Specialità. Ogni Specialità ha predisposto un proprio programma di presa in carico, il cui accesso da parte del paziente è stato veicolato da una prima valutazione effettuata a cura dell'equipe della Riabilitazione Cardiologica ambulatoriale a questo scopo rinforzata da reumatologo, fisiatra, pneumologo, neurologo e cardiologo dell'acuto. Il meccanismo di funzionamento del programma ha previsto un reclutamento proattivo dei pazienti, identificati attraverso il data base dei tamponi positivi incrociato con il data base dei ricoveri nelle strutture di ASL 3. Il primo contatto è rappresentato da un'intervista telefonica doppia, effettuata a tre mesi dalla dimissione ospedaliera, da un medico dell'equipe riabilitativa e da uno psicologo per rilevare i bisogni attuali del paziente e programmare un accesso per le valutazioni clinico strumentali. In fase iniziale tutti i pazienti contattati hanno effettuato l'accesso alla struttura ambulatoriale per le valutazioni; successivamente solo i pazienti che nel corso del colloquio telefonico hanno riferito il perdurare di problemi post acuti hanno ricevuto un appuntamento per le visite.



**PROGRAMMA DI FOLLOW UP POST COVID-19**

**PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO CARDIOLOGICO**

- EFFETTUATE LE VALUTAZIONI CLINICO STRUMENTALI IN 220 PAZIENTI POST COVID, E' EMERSO CON CHIAREZZA CHE A TRE MESI DALLA DIMISSIONE CIRCA LA META' DEI PAZIENTI (100) MOSTRAVA UNA SIGNIFICATIVA RIDUZIONE DELLA CAPACITA' CARDIOPOLMONARE (VO2 PICCO <85% DEL VOA PICCO PREDETTO), IL CUI MECCANISMO IN CIRCA 1/3 DEI PAZIENTI SEMBRAVA POTER ESSERE RICONDUCEBILE AD UN'ALTERAZIONE MUSCOLARE PERIFERICA. INOLTRE 80% DEI PAZIENTI AVEVANO ALMENO UN SINTOMO (ASTENIA, DISPNEA, DEFICIT DI ATTENZIONE) NON CORRELATO AL VALORE DI VO2 PICCO, DOPO TRE MESI DALLA DIMISSIONE.
- DOPO OTTO SETTIMANE DI TRAINING AEROBICO E DI FORZA ABBIAMO RILEVATO CHE IL VO2 DI PICCO E' AUMENTATO DEL 15% E CHE 18 PAZIENTI (36%) AVEVANO UN VO2 PICCO NORMALE (>85%). LA FORZA MUSCOLARE, PER TUTTI I GRUPPI MUSCOLARI ANALIZZATI E' INCREMENTATA DAL 16% AL 33%.
- AL CONTRARIO DI QUANTO SI POTEVA PENSARE INIZIALMENTE, LA DISTANZA PERCORSA AL 6MWT DURANTE LA PRIMA VALUTAZIONE NON ERA SIGNIFICATIVAMENTE DIFFERENTE NEI PAZIENTI CON VO2 DI PICCO NORMALE O RIDOTTO.

**PROGRAMMA DI FOLLOW UP POST COVID-19**

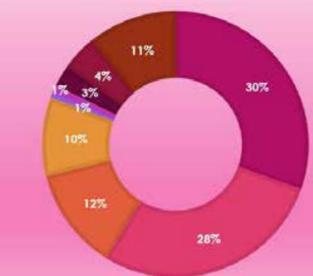
**PERCORSO TERAPEUTICO RIABILITATIVO CARDIOLOGICO**



**IL PROGRAMMA DI FOLLOW UP POST COVID-19 È UN PROGETTO CORALE CHE HA COINVOLTO DIVERSE STRUTTURE ED UNITÀ OPERATIVE.**

**PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI PREVALENTI**

- cardio riab, pneumologico, reumatologico
- fisiatrico, cardio acuto, nefrologico
- psico/psichiatrico, fisioterapico, neurologico



**Conclusioni**

Il programma di follow up post COVID-19 è un progetto corale che coinvolge la maggior parte delle Strutture ed unità operative. Ciascuna di queste ha condotto analisi sui propri percorsi specifici attivati. Il programma è tuttora attivo ed in fase di rivalutazione in quanto, con la comparsa delle nuove varianti, si è osservato un significativo cambiamento della malattia in fase acuta, cambiamento che non è però chiaro se coinvolga anche il profilo dei disturbi long COVID.

La forza della squadra è ogni singolo membro...  
La forza di ogni membro è la squadra...  
Phil Jackson





**MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEL MALATO PSICHIATRICO E OUTCOMES: STUDIO OSSERVAZIONALE**

**M.Mari<sup>1</sup>, M.G. Zagaglia<sup>2</sup>, P. Graciotti<sup>2</sup>, A. M. Frascati<sup>3</sup>, D.Giovannini<sup>1</sup>, N. Storti<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>\_Dip. Salute Mentale Av2,2\_Direzione Infermieristica Av2,3\_H Comunità Loreto Av2, 4\_Direzione Generale ASUR MARCHE

**Introduction**

L'asse dell'intervento psichiatrico, in seguito all'evoluzione dell'assistenza e ai cambiamenti avvenuti con la riforma sanitaria del 1978, si è spostato dal manicomio, inteso come luogo chiuso, isolato dall'ambiente sociale, al territorio. Si è passati in pochi decenni alla creazione di nuovi spazi che certamente rendono più complesso e articolato il sistema ma che riconoscono con la loro varietà quella che è la complessità della patologia psichiatrica. Nella nuova situazione è essenziale la ricerca di continui collegamenti tra il servizio psichiatrico e la comunità di appartenenza nella sempre maggiore sintonia progettuale. Ciò è richiesto dalle stesse caratteristiche dei pazienti in particolare quelli affetti dai disturbi più gravi che rappresentano l'inevitabile priorità per la psichiatria pubblica. Il trattamento della malattia mentale è diretto ad un utente inserito nella maggior parte dei casi nel territorio, per questo l'infermiere è chiamato ad assumere un ruolo non più passivo-esecutivo bensì attivo, con la presa in carico a 360° sia a livello ambulatoriale che domiciliare finalizzato a prevenire l'insorgenza di situazioni critiche che determinano un impatto/ricaduta sull'utente modificando l'organizzazione interna delle attività avvenuta a partire dal 2019.

Obiettivo dello studio

Verificare se modificando la modalità di presa in carico dell'utente e della famiglia si ha un miglioramento dell'outcome.

**Methodology**

Lo studio osservazionale longitudinale riferito agli anni 2018/2019 è stato effettuato presso il Centro di Salute Mentale Sud Area Vasta 2 che comprende un bacino di utenza di circa 85000 persone di cui 4725 in carico al servizio. Sono stati estrapolati i dati dal sistema informativo servizi psichiatrici (SISP) inseriti da tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico dell'utente e considerate soltanto le variabili relative alle attività infermieristiche. I dati sono stati raccolti ed elaborati con il programma Microsoft Excel.

**Results**

Dall'analisi dei dati si evidenzia che dal 2018 al 2019 si è avuto un incremento delle attività ambulatoriali e territoriali conseguente alla presa in carico a 360° in risposta alle richieste degli utenti e delle famiglie attraverso tutte le attività riportate nella tabella I. Nel 2018 sono state effettuate prestazioni n. 14130 e nel 2019 sono stati n. 15011 (+ 6,23%). Si evidenzia come i colloqui sia con l'utente che con la famiglia e la farmaco distribuzione assistita hanno avuto un incremento rispettivamente + 34,84% e +25,10%. Si è notata invece una diminuzione dei ricoveri tra i 2 anni di riferimento. Nel 2018 i ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) sono stati 23 e nel 2019, avendo modificato l'organizzazione, solo 13 (- 7,50%); anche i ricoveri in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) si sono ridotti del 43,48 %. Da un punto di vista analitico possiamo dire che con confidenza del 90% entrambi i tipi di ricovero rimangono invariati statisticamente; l'ipotesi di normalità distributiva della proporzione di incidenza e l'esiguo numero di valori aumenta la variabilità dei risultati cioè, è possibile che il ricovero in TSO abbia avuto un calo effettivo, specialmente perché risulta significativa la differenza a percentuali poco inferiori.

| ATTIVITA' E PRESTAZIONI                              | Anno 2018  |              |              |            | Anno 2019  |              |              |            | aumento     |
|--|------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|------------|-------------|
|  | Urgenti    | Non urg      | Tot          | %          | Urgenti    | Non urg      | Tot          | %          |             |
| Altro  | 28         | 1712         | 1740         | 12,31      | 41         | 1751         | 1792         | 11,94      |             |
| Colloquio con figura diversa da psich/psic           | 53         | 5930         | 5983         | 42,34      | 29         | 5839         | 5868         | 39,09      |             |
| Somm/distrib farmaci                                 | 12         | 2669         | 2681         | 18,97      | 12         | 3603         | 3615         | 24,08      | 34,84       |
| Colloquio con i familiari                            | 162        | 1149         | 1311         | 9,28       | 123        | 1517         | 1640         | 10,93      | 25,10       |
| Intervento sulle abilità di base (indiv.)            | 1          | 81           | 82           | 0,58       | 0          | 60           | 60           | 0,40       |             |
| Intervento sulle abilità di base (gruppo)            | 1          | 267          | 268          | 1,90       | 3          | 234          | 237          | 1,58       |             |
| Intervento di risocializzazione (indiv.)             | 1          | 114          | 115          | 0,81       | 3          | 230          | 233          | 1,55       |             |
| Intervento di risocializzazione (gruppo)             | 0          | 153          | 153          | 1,08       | 0          | 23           | 23           | 0,15       |             |
| Intervento di supporto alle attività vita quotidiana | 1          | 421          | 422          | 2,99       | 5          | 306          | 311          | 2,07       |             |
| Intervento per problemi amm. e sociali               | 0          | 103          | 103          | 0,73       | 1          | 92           | 93           | 0,62       |             |
| Intervento di rete                                   | 3          | 420          | 423          | 2,99       | 7          | 381          | 388          | 2,58       |             |
| Terapia infusiva                                     | 19         | 706          | 725          | 5,13       | 7          | 631          | 638          | 4,25       |             |
| Ricovero in SPDC                                     | 27         | 13           | 40           | 0,28       | 23         | 14           | 37           | 0,25       | -7,50       |
| Ricovero in SPDC con TSO                             | 22         | 1            | 23           | 0,16       | 11         | 2            | 13           | 0,09       | -43,48      |
| Dimissione   | 0          | 9            | 9            | 0,06       | 0          | 12           | 12           | 0,08       |             |
| ASO  | 0          | 0            | 0            | 0,00       | 1          | 2            | 3            | 0,02       |             |
| Prelievo   | 0          | 52           | 52           | 0,37       | 0          | 48           | 48           | 0,32       |             |
| <b>Totale</b>  | <b>330</b> | <b>13800</b> | <b>14130</b> | <b>100</b> | <b>266</b> | <b>14745</b> | <b>15011</b> | <b>100</b> | <b>6,23</b> |

Tabella I: attività e prestazioni infermieristiche

**Conclusion**

Una maggior presa in carico a livello ambulatoriale e domiciliare ha comportato un incremento di prestazioni, ma anche una maggiore aderenza alla terapia con conseguente riduzione dei ricoveri in SPDC in TSO e di ricoveri in SPDC, con conseguente stabilizzazione/miglioramento delle condizioni dell'assistito e riduzione dei costi sanitari.

Bibliografia

- Biondi M, Picardi A. I nuovi "casi difficili" in psichiatria. Editoriale Riv Psichiatr 2018; 53(5): 223-232
- De Girolamo G, Rucci P, Gaddini A, Picardi A, Santone G. Compulsory admissions in Italy: results of a national survey. International Journal of Mental Health 2008;37:48-61
- DG ASUR MARCHE 627 del 13/11/2018 Linee guida ed istruzioni operative circa interventi sanitari di contenzione meccanica in psichiatria
- [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3081](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3081)



## La soddisfazione lavorativa nelle Cure primarie: revisione narrativa

D. Rossolini <sup>1</sup>, D. Giovannini <sup>2</sup>, N.Storti <sup>3</sup>

1\_Inf Cure Territoriali AV2,2\_Dirigente Prof. Infermieristiche ed Ostetriche AV2, 3\_Direttore Generale ASUR MARCHE

### Introduction

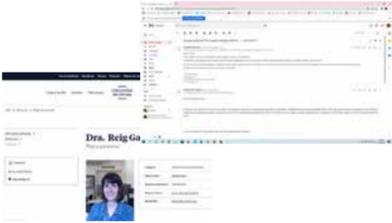
La qualità della vita professionale è uno degli elementi fondamentali che condiziona la produttività di ogni azienda. Nelle aziende sanitarie, in particolar modo, la qualità dei servizi è direttamente correlata alla soddisfazione dei professionisti sanitari che la erogano.

Nonostante siano disponibili in letteratura diversi articoli riguardanti il clima lavorativo e la qualità di vita nelle professioni sanitarie, ancora poco si è fatto per indagare in Italia in modo specifico la soddisfazione degli operatori del setting di Cure Primarie ed in generale, di quelli che prestano assistenza ai pazienti con malattie croniche.

In questo lavoro è stata fatta una ricerca nella letteratura internazionale per avere un paragone su come gli infermieri affrontano questo momento socio-culturale di forte cambiamento, informazioni che saranno di fondamentale importanza al fine di inquadrare il "nuovo infermiere territoriale", capace di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare sia in quello ambulatoriale, fornendo tutti i servizi di maggiore richiesta degli utenti, ma diventando in primis un punto di riferimento per la comunità in termini di informazione sanitaria, prevenzione e promozione della salute e accesso ai vari servizi a disposizione dei cittadini. Sulla base di quanto considerato, la seguente revisione narrativa vuole indagare le percezioni degli infermieri che attualmente svolgono le loro mansioni nel setting territoriale, cioè nelle Cure Domiciliari e negli Ambulatori Infermieristici Distrettuali, riguardo i cambiamenti socioassistenziali e l'eventuale necessità dell'introduzione dell'infermiere di Famiglia nel contesto assistenziale territoriale all'interno di un circuito organizzato (Centrale Operativa Territoriale)

### Materials

- Revisione narrativa della letteratura sulla banca dati PubMed
- Approfondimento con alcuni autori degli articoli analizzati



### Methodology

- **Quesito di ricerca: criteri per l'inclusione degli studi**  
Sono stati considerati gli studi che analizzano i fattori, individuali e/o organizzativi, associati alla soddisfazione nel proprio ambito lavorativo tra gli infermieri che forniscono assistenza diretta nelle strutture territoriali, chiamata generalmente "assistenza specializzata basata sulla comunità ai pazienti con malattie croniche".

- **Key Words ricerca**  
Case Management, Family Nurse, Community Nurse, Home care Nurse, Chronic Illness Management, Continuity of Care, Territorial Care, Health District, Health Clinic, Chronic Diseases Management, Community-Based Specialized Care for Patients with Chronic Diseases, Organizational Context, Job Satisfaction, Quality Of Care, Depression, Stress, Workplace Stress, Perceived Work Stressors, Mental Health, Care Coordinators, Psychosocial Work Environment, Intent To Stay
- **Criteri di inclusione**  
Costruzione dello schema PICO

|          |   |
|----------|---|
| <b>P</b> | infermieri che si occupano di assistenza sanitaria territoriale   |
| <b>I</b> | Individuare la percezione delle proprie competenze nell'ambito lavoro, percezione delle difficoltà dettate dai cambiamenti sociodemografici degli utenti, dei care-giver e delle famiglie, percezione del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione |
| <b>O</b> | Soddisfazione degli infermieri e partecipazione attiva nel sistema cure   |

- **Criteri di esclusione**  
Gli articoli sono stati esclusi sulla base delle informazioni nel titolo e nell'abstract. Sono stati esclusi gli studi che affrontano argomenti diversi dall'esperienza di un operatore sanitario, infermiere o dirigente infermieristico, impegnato in un programma di assistenza specializzata basata sulla comunità ai pazienti con malattie croniche". Sono state escluse le pubblicazioni da più di cinque anni.
- **Raccolta e analisi dei dati**  
È stata effettuata una sintesi narrativa dei risultati degli studi inclusi. Ricerca eseguita su PubMed e siti internet. Rilevati 502 risultati. Numero degli studi inclusi nella sintesi qualitativa = 6

- **Costruzione dello schema PRISMA**



- **Tavola di estrazione dati**  
Per gli studi analizzati sono stati individuati:  
- quesito  
- contesto  
- caratteristiche principali  
- metodo di raccolta dei dati  
- metodo di analisi dei dati  
- temi ed i concetti emersi

| AUTORE E TIPO DI STUDIO   | TITOLO  |
|---|---|
| G. Reig-Garcia, R. Suñer-Soler, S. Mantas-Jiménez, A. Bonmati-Tomas, M. C. Malagón-Aguilera, C. Bosch-Farré, S. Gelabert-Viella, D. Juvinyà-Canales | Assessing Nurses' Satisfaction with Continuity of Care and the Case Management Model as an Indicator of Quality of Care in Spain.                                     |
| A. Kaushik, S. R. Ravikiran, K. Suprasama, M. G. Nayak, K. Baliga, S. Devadas Acharya   | Depression, Anxiety, Stress and Workplace Stressors among Nurses in Tertiary Health Care Settings.  |
| H. Lee, J. Hyun Shin  | An Analysis of the Effects of Psychosocial Work Environment on the Retention Intentions of Primary Care Coordinators Nursing Patients with Chronic Illness.           |
| R. Nissanholtz-Gannot, B. Rosen, M. Hirschfeld,   | Community Nursing Study Group The changing roles of community nurses: the case of health plan nurses in Israel  |
| A. Nurmekeila, S. Mikkonen, I. Kinnunen, T. Kvist   | Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study |
| S. Pahlevan Sharif, As Sadat Ahadzadeh Z, Hamid Sharif Nia  | Mediating role of psychological well-being in the relationship between organizational support and nurses' outcomes: A cross-sectional study.                          |

### Results

Sono stati valutati studi relativi a esperienze di paesi che possono contare già da tempo su figure che si occupano di "assistenza specializzata basata sulla comunità ai pazienti con malattie croniche" simili. In particolare:

- ✓ Gli infermieri mostrano un alto grado di soddisfazione per i modelli di continuità assistenziale (*Working in a primary care setting was associated with greater satisfaction with the case management model.*).
- ✓ Molti degli infermieri risultavano positivi per depressione, ansia e stress. L'elevata prevalenza di stress, ansia e depressione tra gli infermieri è stata associata a condizioni di lavoro incerte, ad insufficienti notizie riguardo i percorsi di salute dei pazienti e a mancanza di informazioni riguardo le mission aziendali.
- ✓ I fattori dell'ambiente psicosociale che hanno influenzato le intenzioni di mantenimento dei coordinatori dell'assistenza sono stati l'organizzazione del lavoro, il contenuto del lavoro e il valore sul posto di lavoro.
- ✓ Gli obiettivi di gestione della salute del paziente sono stati raggiunti quando i farmaci, l'educazione del paziente e la consulenza telefonica sono stati forniti con un'elevata autonomia degli infermieri.
- ✓ Il valore sul posto di lavoro, definito in termini di parametri come fiducia tra dirigenti e colleghi, conflitti ed equa distribuzione del lavoro, è un altro fattore chiave che influenza in maniera positiva l'assistenza.
- ✓ Gli autori confermano anche l'ampio coinvolgimento degli infermieri nel monitoraggio della qualità e negli sforzi di miglioramento. Un dato correlato è che quasi tutti gli infermieri sono abbastanza in sintonia con la situazione familiare ed economica del paziente.
- ✓ Uno dei risultati chiave è che circa la metà degli infermieri tiene conto, in misura grande o molto ampia, delle preoccupazioni finanziarie dei piani sanitari che li impiegano.
- ✓ Sono state identificate diverse relazioni tra le attività lavorative dei dirigenti infermieristici: la soddisfazione sul lavoro degli infermieri, la soddisfazione del paziente e gli errori terapeutici.

### Conclusion

Nonostante la soddisfazione degli infermieri che lavorano nei setting di continuità assistenziale sia alta, sono necessarie delle strategie per migliorarla. Queste possono comprendere la creazione di spazi dove infermieri di differente estrazione possono lavorare insieme, così come spazi di networking; aumentare la conoscenza degli infermieri in ogni ambiente consentirebbe la rotazione degli infermieri e lo spostamento di alcuni elementi dalla gestione del caso alla continuità del modello assistenziale.

Il modello di case management è identificato come il facilitatore ottimale nel processo infermieristico di continuità assistenziale, con una maggiore percezione nelle cure primarie. La percezione della soddisfazione del paziente da parte degli infermieri è fortemente correlata alla soddisfazione degli infermieri per la continuità delle cure e l'impostazione delle cure primarie è fortemente correlata alla soddisfazione per l'infermiere responsabile del caso.

Maggiori aspettative sulla qualità infermieristica da parte dei dirigenti hanno portato a un migliore ambiente di lavoro e la fiducia dei superiori ha avuto un effetto positivo sul raggiungimento degli obiettivi organizzativi desiderati, agendo così come un importante fattore di crescita lavorativa.

I risultati forniscono supporto agli sforzi in corso nei piani sanitari per dare agli infermieri maggiore autorità e responsabilità nella gestione dei pazienti cronici, un ruolo più centrale negli sforzi di promozione della salute, una formazione più avanzata - sia interprofessionale che specifica per infermieri e più opportunità di concentrarsi sui ruoli e sui compiti che richiedono professionisti infermieristici.



**Educazione sanitaria nella gestione del catetere vescicale a domicilio: riduzione dell'antibiotico resistenza**



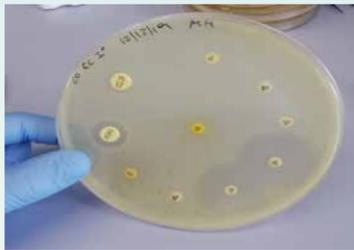
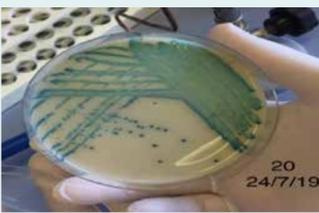
Mariangela Luisi<sup>1</sup>, Marco Cutuli<sup>2</sup>, Federica Petrone<sup>2</sup>, Carmine Gizzi<sup>1</sup>, Antonietta D'Abate<sup>1</sup>, Giusy Casazza<sup>1</sup>, Antonio Di Cristofaro<sup>1</sup>, Giovanna D'Andrea<sup>1</sup>, Roberto Di Marco<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), 86100 Campobasso  
<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute «V. Tiberio» Università degli Studi del Molise, 86100 Campobasso

**Introduzione**

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano una delle più comuni infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA).<sup>1</sup> Il 70-80% di queste infezioni sono attribuibili all'uso di un catetere vescicale (CV) a permanenza. L'OMS raccomanda di evitare la profilassi antibiotica in caso di batteriuria non sintomatica in quanto inutile; ciononostante tra il 60 e l'80% delle persone con CV assume un antibiotico a scopo profilattico ogni qual volta l'infermiere provvede alla sua sostituzione.<sup>2</sup> L'utilizzo inappropriato della profilassi antibiotica ha contribuito in modo significativo all'esacerbazione dei problemi correlati all'antibiotico-resistenza. Se in passato questo fenomeno risultava rilevante soprattutto in ambiente ospedaliero, oggi si assiste alla sua diffusione anche nella medicina comunitaria.<sup>2</sup>

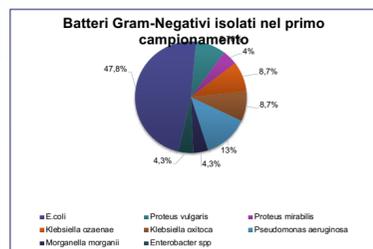
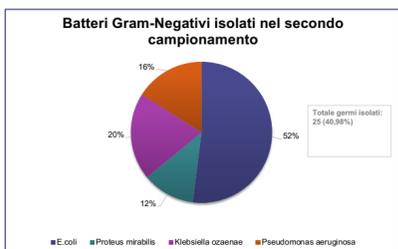
L'aumento di ceppi batterici resistenti determina difficoltà e/o impossibilità a trattare efficacemente alcune infezioni batteriche, con il conseguente aumento dei tempi di ospedalizzazione, costi dell'assistenza sanitaria e mortalità.<sup>3</sup>



**Methodology**

Nello studio, sono stati reclutati 21 pazienti in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), portatori di un CV a permanenza. La raccolta della punta del CV, per ciascun paziente, è stata effettuata due volte a distanza di circa 45 giorni. Le punte dei cv sono state analizzate presso il Laboratorio di Microbiologia Clinica, del Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute dell'Università degli Studi del Molise. Si è proceduto a isolare le colonie batteriche, identificarle e testare l'antibiotico-resistenza di ciascun ceppo.

In concomitanza del primo campionamento è stata somministrata la "New Urinary Catheter Self-Efficacy Scale (C-SE)"<sup>4</sup> per indagare la gestione del CV a domicilio da parte del paziente e/o del caregiver. Tra il primo e secondo campionamento l'infermiere ha svolto attività di educazione, anche mediante l'utilizzo di un opuscolo informativo, elaborato sulla base delle linee guida presenti in letteratura,<sup>5, 6, 7</sup> con l'obiettivo di fornire indicazioni semplici e coincise sulla gestione del CV a permanenza a domicilio.

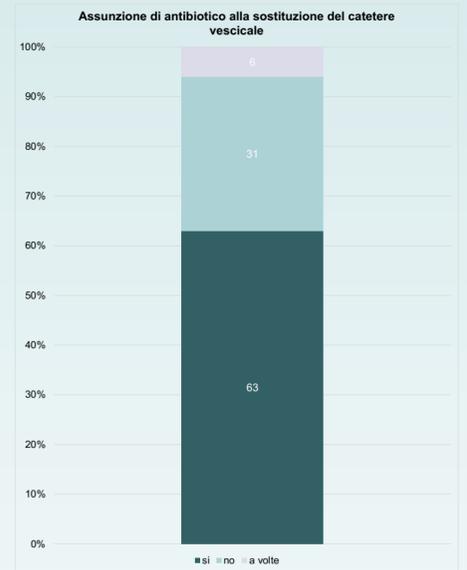


**Risultati**

Dall'analisi dei questionari è emerso che nel primo campionamento il 69% della popolazione assumeva l'antibiotico prima di ogni sostituzione del CV. A distanza di 45 giorni, dopo l'attività di sensibilizzazione svolta dall'infermiere, si è potuto riscontare come la quasi totalità dei pazienti (89%) abbiano compreso e messo in atto le corrette misure di gestione del catetere vescicale a permanenza. Nel primo isolamento sono stati identificati e isolati il 52,27% di Batteri Gram-Negativi e il 47,72% di Batteri Gram-Positivi.

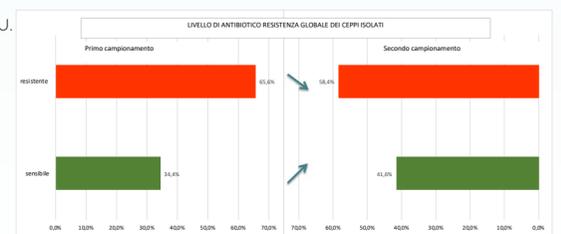
Nel secondo isolamento, invece, i Batteri Gram-Negativi isolati sono rappresentati dal 40,98% mentre i Batteri Gram-Positivi dal 59,01%.

Inoltre, si osserva nel primo campionamento il 65,6% di livelli di resistenza sviluppati dai microrganismi sentinella (*E.coli*, *Klebsiella Spp* e *Proteus Spp*) verso gli antibiotici testati, mentre il 34,4% mostra sensibilità agli antibiotici. Nel secondo campionamento si mostra una percentuale di resistenza del 58,4% verso gli antibiotici testati e un 41,6% di sensibilità agli antibiotici.



**Conclusioni**

Il questionario è stato utile per indagare i molti aspetti legati alla gestione del CV nella coorte presa in esame. Il dato più eclatante che emerge dall'analisi dei risultati indica che, in generale, paziente e caregiver risultavano inizialmente poco edotti riguardo la gestione corretta del CV. Dai risultati del questionario si evince che il 69% della popolazione assumeva antibiotico ad ogni sostituzione del CV da parte dell'infermiere, come prevenzione delle infezioni urinarie, nonostante le linee guida dettate dall'OMS.<sup>2</sup> Analizzando i risultati dei questionari, somministrati dopo l'attività educativa, si è riscontrata l'efficacia di tale intervento, ed infatti, la quasi totalità dei pazienti (89%) avevano compreso e messo in atto le corrette misure di gestione del CV a permanenza. Sono stati registrati inoltre dei cambiamenti dal punto di vista degli isolamenti nei due gruppi, il dato principale che si evince è la riduzione dell'11% dei Gram-Negativi nel secondo campione. Infine dall'analisi dell'antibiotico resistenza si è avuta una diminuzione delle resistenze nel secondo gruppo di circa il 7%. In conclusione si può quindi affermare come l'educazione sanitaria svolta da parte dell'infermiere porti a un miglioramento dell'outcome sul rischio infettivologico con riduzione dell'antibiotico resistenza e della gravità delle IVU.



**Bibliografia**

- Nandini, M. S., & Madhusudan, K. (2016). Bacteriological profile of catheter associated urinary tract infection and its antimicrobial susceptibility pattern in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 8(4), 204.
- Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006 Dec;21(4):340-5.
- Hollenbeak, C. S., & Schilling, A. L. (2018). The attributable cost of catheter-associated urinary tract infections in the United States: A systematic review. *American journal of infection control*, 46(7), 751-757.
- Valeria Alfonsi, Monica Monaco, Fortunato D'Ancona, Marta Ciofi degli Atti, Annalisa Pantosti e il Gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza basato su laboratori sentinella. (2003-2005). Istituto Superiore di Sanità.
- Means, S. D. A NEW URINARY CATHETER SELF-EFFICACY SCALE (C-SE)
- Hooton, T. M., Bradley, S. F., Cardenas, D. D., Colgan, R., Geerlings, S. E., Rice, J. C., ... & Nicolle, L. E. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases*, 50(5), 625-663.
- Andrade, V. L. F., & Fernandes, F. A. V. (2016). Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.
- Pentella, G., Bordin, C., & Bertoncini, F. (2019). La ricerca finalizzata in Area Medica: approfondimenti assistenziali dell'Associazione AN I. MO. *Italian Journal of Medicine*, 1-62.



## Televista e Teleconsulto: dall'emergenza alla programmazione dell'Unità Valutativa Geriatrica Territoriale (UVG)



Margherita Bianchi Dirigente Medico Responsabile Governo Clinico: Qualità - Appropriatezza - Rischio Clinico; Loredana Seccia Responsabile SOSD Geriatria; Daniela Morabito Dirigente Medico Geriatria, Roberta Nicolini e Franca Laudando Coordinatori Infermieristici Qualità - Ricerca - Accreditamento; Domenica Fiore Referente Programmi Istituzionali Rischio Clinico; Emanuela Pastorelli DS; Chiara Serpieri DG ASL VCO

### Introduction

La regione Piemonte con Deliberazione del 3 luglio 2020 n.6-1613 ha dato indicazioni per l'«attivazione di servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita)» e ha sottolineato che soluzioni tecnologiche innovative volte all'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza non debbano essere circoscritte a situazioni emergenziali ma rappresentino una modalità ordinaria di approccio al paziente come anche specificato dalle «Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina» pubblicate nella Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020.

La procedura sperimentata e codificata da procedura aziendale dedicata, è stata prevalentemente di teleconsulto fruendo del sistema di condivisione del materiale (Zimbra Drive) e di una piattaforma di videoconferenza, in modalità sicura e criptata (Piattaforma Microsoft Teams) per la valutazione delle documentazioni e delle certificazioni sanitarie inviate dai referenti Medici-infermieri delle Strutture che ospitavano il Paziente, seguita da una valutazione multidimensionale condivisa, per via telefonica o tramite forme di videoconferenza, con i Direttori Sanitari, i Referenti Medici e/o altri Operatori coinvolti nell'assistenza e delegati, in équipe multidisciplinare.

### Methodology

Si è voluto realizzare un modello di sanità digitale in Geriatria per rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente la cui età anagrafica è elevata - il 27.2 % della popolazione del VCO ha > 65 anni configurandosi uno dei territori più "vecchi" d'Italia - in presenza di ampie zone montane con insediamenti urbani isolati e distanti dalle zone ospedaliere nella convinzione che i servizi a distanza contribuiscano ad un più equo accesso alle cure e ad una maggiore continuità diagnostico-terapeutica e assistenziale.

L'obiettivo generale è implementare modelli digitali nella fattispecie, Teleconsulto, Telemonitoraggio, per la presa in carico dei soggetti fragili in epoca pandemica e per il loro monitoraggio in ambito di routine (privilegiando, laddove possibile, la modalità relazionale diretta al domicilio a favore del contatto umano in considerazione della delicatezza del tema che spesso coincide con il momento dell'istituzionalizzazione).

Gli obiettivi specifici sono la riduzione degli accessi obbligati alle strutture ospedaliere, l'empowerment dei care giver, l'ottimizzazione delle risorse umane, la gestione della logistica.

Il progetto è stato applicato nella prima fase emergenziale Covid19 per garantire le valutazioni UVG in Teleconsulto sia per i pazienti geriatrici assistiti al domicilio, sia per i soggetti ricoverati in Strutture Sanitarie di riabilitazione/continuità assistenziale, lungodegenza ed RSA su posti letto non convenzionati, al fine di definirne il programma di lungoassistenza.

Attualmente la programmazione delle UVG in teleconsulto avviene tramite agenda digitale condivisa con l'équipe e l'assistito. Tale modalità consente la tracciabilità della prestazione nell'ambito dei flussi ambulatoriali (flussi C).

### Results

Nel primo semestre 2022 sono state gestite n. 304 UVG, di cui n. 81 valutazioni in Televisita/Teleconsulto (26,6% del totale), e n. 223 in presenza al domicilio (73,4% del totale), mantenendo i tempi di attesa per l'esecuzione della valutazione entro i consueti 60 giorni di media pur in periodo ancora emergenziale e con le limitazioni di organico.

| Tipologia di valutazione UVG | N° / Anno 2020 | N° / Anno 2021 | N° / primo semestre 2022 |
|------------------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Televisita/teleconsulto UVG  | 230 (46%)      | 423 (46%)      | 81 (27%)                 |
| Visita UVG                   | 269 (54%)      | 504 (54%)      | 223 (73%)                |
| Totale valutazioni UVG       | 499 (100%)     | 927* (100%)    | 304 (100%)               |

Si osserva che a fronte di una frequenza circa 600 prestazioni dell'UVG/anno, nel 2021 c'è stato un incremento del 46% circa, attribuibile alle necessità di gestione provocate dall'emergenza COVID19 e imposizione di rivalutare tutti i pazienti già in Assistenza Domiciliare (DGR n3-2257). Oltre alle attività prettamente sanitarie sono stati realizzati degli incontri *online* per i pazienti anziani con deficit cognitivi e loro familiari, nell'ambito del progetto «Caffè Alzheimer», utilizzando la Piattaforma Zoom.

### Conclusion

L'esperienza maturata nella fase sperimentale e l'attuale disponibilità di adeguati sistemi di condivisione del materiale e di videoconferenza, in modalità sicura e criptata (programmazione, prenotazione, messa a disposizione della commissione della documentazione necessaria, esecuzione della televisita e/o teleconsulto) con tutte le garanzie richieste di rispetto della *privacy* e delle normative per la sicurezza della protezione dei dati, consentono di allargare la platea dei potenziali beneficiari.

In particolare si potrebbe gestire il monitoraggio dei progetti assistenziali/contributivi (es. in Medicina Legale) ed altre tipologie di prestazioni che richiedano valutazioni di *Team* quali (es. nelle Cure Palliative). Questa modalità ibrida consente di ridurre i tempi di attesa per la definizione dei percorsi assistenziali, degli inserimenti in convenzione nelle strutture protette e dell'erogazione degli assegni di cura.

In ambito di CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze) si prevede l'attivazione di percorsi di teleriabilitazione cognitiva e di interventi psicoeducativi rivolti ai *care givers*.

### Acknowledgements

Si ringraziano le dott.sse Fabiano, Sonzini, Quaretta, Zanini e il dott. Di Stefano già Direttore SOC Geriatria, la SOSD ICT per il supporto tecnico, i Consorzi dei Servizi Sociali del Verbano, del Cusio e dell'Ossola, con l'Associazione Familiari Alzheimer, la Pro Senectute, la Fondazione Vita Vitalis, l'Opera Pia Uccelli e l'Associazione Istituto Dalla Chiesa-Spinelli di Omegna per la collaborazione al progetto «Caffè Alzheimer» e «Promemoria Caffè».



**La Telemedicina nei Servizi Recupero delle Dipendenze (SERD)  
in epoca pandemica.**

**L'esperienza dell'ASL VCO - Piemonte Orientale**



Margherita Bianchi Dirigente Medico Responsabile Governo Clinico - Qualità - Appropriatelyzza - Rischio Clinico;  
Chiara Crosa Lenz Direttore SOC SERD; Michela Soia dirigente Medico SOC SERD; Roberta Nicolini -  
Franca Laudando Coordinatori Infermieristici Qualità Ricerca Accreditamento; Emanuela Pastorelli DSA; Chiara Serpieri DG.

**Introduction**

Pur con il diffondersi dalla pandemia Covid nel 2020 il Servizio Territoriale SERD è sempre stato aperto all'accesso agli utenti nel rispetto delle restrizioni imposte dal Lockdown.

Contestualmente ci si è attivati per implementare alcune modalità di comunicazione Web tramite applicativi video e call per gli incontri interservizi e con utenti e/o familiari per effettuare le prestazioni ambulatoriali in Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio.

Queste modalità di lavoro sono diventate parte integrante dell'attività ordinaria in questo territorio provinciale tripolare e disperso in una miriade di piccoli comuni, perché consentono di ridurre i tempi di attesa per l'erogazione delle visite, l'eliminazione dei tempi di trasferimento degli operatori migliorando quindi l'efficienza nella gestione del tempo-lavoro e riducendo il rischio di incidenti stradali in itinere.

Si è ritenuto necessario erogare in presenza l'accoglienza di nuovi pazienti e le prime visite.

Nel 2022, superate parzialmente le limitazioni legate alla pandemia, il volume complessivo di attività in telemedicina si è notevolmente ridotto e, sebbene non ci siano state resistenze significative, molti pazienti hanno scelto la modalità di visita in presenza.

**Methodology**

Nel novembre 2020 è stata completata la dotazione dei supporti tecnologici hardware e software a resa disponibile a tutti gli operatori del SERD per consentire di programmare ed erogare in autonomia le prestazioni a distanza.

Ogni operatore è stato dotato di accesso alla piattaforma Teams con proprie credenziali, PC, videocamera e cuffie.

Le prestazioni in telemedicina sono registrate in HTH, la piattaforma regionale dei servizi per le Dipendenze, cliccando al link "prestazione a distanza".

Sono organizzate e gestite in modo sistematico le riunioni interservizi con Teleconsulto. Si tratta di riunioni tra le tre sedi operative del SERD con operatori del Dipartimento Servizio Mentale, della Ginecologia-Ostetricia, della Pediatria, della Neuropsichiatria Infantile e con gli Operatori di altri Enti quali i Consorzi dei Servizi Sociali, le Comunità Terapeutiche, il Carcere, i Reparti Ospedalieri Specialistici per le Dipendenze.

L'obiettivo generale è stato implementare modelli digitali nella fattispecie, Teleconsulto, Telemonitoraggio e Teleassistenza per la presa in carico dei soggetti con dipendenze in epoca pandemica e per il loro monitoraggio in ambito di routine.

Gli obiettivi specifici sono la riduzione degli accessi obbligati alle strutture territoriali ed ospedaliere, l'ottimizzazione delle risorse umane, la gestione della logistica.

**Results**

Nei primi 9 mesi del 2021 le prestazioni erogate sono state 10.946 di cui in telemedicina 1.739, pari al 15,8%.

|         |                                     |  |     |
|---------|-------------------------------------|--|-----|
| 89.01   | ANAMNESI E VALUTAZIONE BREVI        | Storia e valutazione abbreviata, follow up | 327 |
| 89.7    | VISITA GENERALE                     | Visita specialistica                       | 380 |
| 93.01.8 | COUNSELING                          |  | 714 |
| 94.09   | COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO       |  | 282 |
| 94.3    | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE            |  | 33  |
| 94.42   | PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta |  | 3   |

Nei primi 9 mesi del 2022 le prestazioni erogate sono state 9.767, di cui in telemedicina 359, pari al 3,7 con un decremento del 79% rispetto al 2021, tuttavia si osserva un aumento della prestazione «Psicoterapia familiare» probabilmente facilitata dal modello organizzativo.

|         |                                     |  |     |
|---------|-------------------------------------|--|-----|
| 89.01   | ANAMNESI E VALUTAZIONE BREVI        | Storia e valutazione abbreviata, follow up | 23  |
| 89.7    | VISITA GENERALE                     | Visita specialistica                       | 16  |
| 93.01.8 | COUNSELING                          |  | 206 |
| 94.09   | COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO       |  | 106 |
| 94.3    | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE            |  | 8   |
| 94.42   | PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta |  | 23  |

Al contrario le «Riunioni Interservizi» sono attualmente svolte al 90% in modalità online e si prevede la stabilizzazione di questa modalità.

**Conclusion**

L'esperienza maturata nella fase sperimentale e l'attuale disponibilità di adeguati sistemi di condivisione del materiale e di videoconferenza, in modalità sicura e criptata (programmazione, prenotazione, messa a disposizione della commissione della documentazione necessaria, esecuzione della televisita e/o teleconsulto) con tutte le garanzie richieste di rispetto della privacy e delle normative per la sicurezza della protezione dei dati, ha evitato di allungare i tempi di attesa per la definizione dei percorsi assistenziali. La programmazione digitalizzata in teleconsulto consente la tracciabilità delle prestazioni nell'ambito dei flussi ambulatoriali.

La telemedicina è uno strumento e non un fine, sempre deve essere tenuto come riferimento cardine il rapporto diretto tra medico e paziente e, analogamente tra personale sanitario, socio-sanitario e persona assistita, perché nulla può sostituire la relazione umana che è alla radice dei percorsi di cura.

**Acknowledgements**

Si ringraziano la SOSD Controllo di Gestione e la SOSD ICT per il supporto tecnico, tutti i servizi coinvolti nella rete socio-terapeutica, sia pubblici che del privato sociale accreditato.



**Posizionamento accessi vascolari a domicilio:  
integrazione ospedale territorio nell'ASL BT per l'assistenza dei pazienti fragili**

**Maddalena Vurchio §, Sara Sblano\*, Iolanda Basilio◇ Mara Masullo^, Michele Debitonto°**

§ Dirigente Medico UOSVD Coord. Az.le Terapia del Dolore/Accessi Vascolari/Terapie Palliative ASL BT, \* Dirigente Medico UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management ASL BT,

◇ Assistente Amministrativo UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management ASL BT

^ Dirigente Medico Responsabile UOSVD Gestione Rischio Clinico, Qualità e Bed management ASL BT, ° Dirigente Medico Responsabile UOSVD Coord. Az.le Terapia del Dolore/Accessi Vascolari/Terapie Palliative ASL BT

**Introduzione**

In un'ottica di umanizzazione delle cure, l'assistenza del paziente con bisogni assistenziali complessi attuata direttamente sul territorio rappresenta un indirizzo operativo decisivo sia per tutelare la qualità della vita dei pazienti fragili sia per un appropriato utilizzo delle risorse. Da qui la scelta di adottare un modello organizzativo integrato ospedale e territorio che renda possibile la continuità terapeutica di tipo infusione/endovenoso in un'ottica di sicurezza delle cure e di successo terapeutico senza trascurare l'aspetto dei costi correlati. Il PICC è considerato un sistema sicuro per le cure domiciliari sia per la somministrazione a breve che a lungo termine di antibiotici, chemioterapici e nutrizione parenterale.

**Materiali e Metodi**

Il percorso di posizionamento degli accessi vascolari a domicilio dei pazienti nella ASL BT è stato reso possibile facendo rientrare lo stesso nell'attività di assistenza domiciliare integrata di terza fascia con successiva autorizzazione della Direzione Sanitaria Aziendale.

L'attivazione del percorso avviene con l'invio da parte del MMG, del Medico dell'Ass.ne di assistenza domiciliare oncologica o del Geriatra del territorio di una mail indirizzata a [terapiadolore.barletta@aslbat.it](mailto:terapiadolore.barletta@aslbat.it). Alla mail segue un colloquio telefonico tra un Dirigente medico della UOSVD ed il richiedente, finalizzato ad un confronto sul caso clinico e alla definizione della indicazione al tipo di device. Successivamente, l'infermiere e il Medico si recano al domicilio del paziente e, previo colloquio informativo sulla procedura e, dopo acquisizione del consenso, si esegue il posizionamento dell'accesso vascolare predisponendo un campo operativo sterile ed utilizzando esclusivamente materiale sterile monouso. L'impianto è ecoguidato e la procedura è monitorata mediante tablet con software ecg. Tutta le attività sono contestualmente tracciate.



**Conclusioni**

Questo modello organizzativo rappresenta un imprescindibile tassello nei percorsi di assistenza. Di fatto è così assicurata:

- ✓ la qualità della vita degli utenti fragili, favorendone la persistenza presso il proprio domicilio garantendone, altresì, la presa in carico anche in mancanza di setting alternativi per l'assistenza a lungo termine;
- ✓ la contrazione dei tempi di ospedalizzazione di ammalati oncologici e/o affetti da patologie croniche tanto riducendone il rischio infettivo.

L'auspicio è che, a breve, questo percorso possa essere assunto a PDTA aziendale con sistematico coinvolgimento delle varie figure professionali interessate.

**Bibliografia**

Del. Az.le ASL BT n. 1004 del 23.7.2015  
 Inserimento e gestione del catetere venoso centrale ad inserimento periferico PICC,  
 Del. Az.le ASL BT n. 624 del 4.4.2017  
 Royal College of Nursing (2016) Standards for Infusion Therapy. 4th edn. RCN, London  
 Royer T (2001) Nurse-driven interventional technology. A cost and benefit perspective. J Infus Nurs 24, 326-31  
 Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ai pazienti dell'ASL BT, Del. Az.le ASL BT n. 169 del 6.2.2019



**Il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio : studio trasversale sul livello di conoscenza degli infermieri**



Muschitiello Vito<sup>1</sup>, Micoli Francesco<sup>2</sup>, Laraspata Pasqua<sup>3</sup>, Tagarelli Federica Francesca<sup>4</sup>, Calamita Maurizio<sup>5</sup>, Brienza Nicola<sup>6</sup>, Marseglia Carmela<sup>7</sup>.

1. Infermiere, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Biasi", Policlinico di Bari. 2. Infermiere Coordinatore, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Biasi", Policlinico di Bari. 3. Infermiere, DSSU ASL Bari – cure domiciliari. 4. Studente, CdL Infermieristica – Scuola di Medicina, Università degli studi di Bari "Aldo Moro". 5. Infermiere, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Biasi", Policlinico di Bari. 6. Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Biasi", Policlinico di Bari, Professore ordinario, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti d'Organo (DETO) - Università degli studi Aldo Moro di Bari. 7. Docente – Tutor didattico, CdL Infermieristica – Scuola di Medicina, Università degli studi di Bari "Aldo Moro".

**Introduzione**

La continuità assistenziale è quel processo mediante il quale pazienti e teams sanitari multiprofessionali cooperano attivamente nella gestione del percorso assistenziale (Gulliford et al., 2006). Con la dimissione ospedaliera protetta si avvia un percorso assistenziale da un setting di cura ad un altro, dall'ospedale al territorio, incentrato sui bisogni individuali dell'assistito, a favore di una riduzione del rischio di ospedalizzazione nei pazienti anziani (Counsell et al., 2007). L'infermiere è il garante dei percorsi di cura ospedale-territorio (FNOPI, 2021): monitora attentamente gli outcome mediante una pianificazione standardizzata dell'assistenza ad esempio avvalendosi degli strumenti di valutazione e monitoraggio come la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell' Adulto e dell'Anziano (SVaMA). La conoscenza del sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio diviene un requisito fondamentale per tutti gli infermieri operanti sia in ambito ospedaliero che territoriale (Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, 2012). Lo scopo di questo studio è valutare il livello conoscitivo degli infermieri sul percorso del paziente dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

**Conclusioni**

Il livello di conoscenza degli infermieri sul percorso del paziente nel sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio risulta essere insufficiente. Si dimostra che gli infermieri utilizzano raramente la documentazione appropriata alla dimissione protetta del paziente: il processo decisionale clinico dell'assistito viene compromesso e il rischio di mortalità aumenta in assenza della compilazione della scheda SVaMA (Pilotto et al., 2013). Inoltre, le criticità emerse riguardano la ridotta conoscenza delle risorse impiegate nel passaggio del paziente dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale come risultato di una carenza formazione a monte, non di certo da imputare agli infermieri; risulta noto, infatti, che i teams multiprofessionali ben arruolati e formati riducono significativamente i giorni di ricovero nei pazienti con malattie croniche e migliorano la loro qualità di vita a domicilio/residenziale (Radini et al., 2021). Si ritiene necessario, quindi, implementare la conoscenza del sistema della continuità assistenziale ospedale-territorio attraverso corsi formativi aziendali ma, soprattutto, mediante piani di inserimento nelle unità operative e sul territorio delle figure infermieristiche preposte.

**Bibliografia essenziale**

- Gulliford M. et al.: *What is "continuity of care"?* - J Health Serv Res Policy (2006).
- La valutazione multidimensionale del paziente anziano Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale* - Dossier 218 Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna (2012).
- Counsell S. R. et al.: *Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial* - JAMA (2007).
- Cure domiciliari*, FNOPI (2021).
- Adozione «Linee guida Dimissioni Protette - Percorsi assistenziali integrati Ospedale - Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse) per la ASL BARI* - Deliberazione del D.G. n. 1864 (21 Ottobre 2013).
- Radini D. et al.: *Assistenza socio-sanitaria integrata supportata dal telemonitoraggio domiciliare nei pazienti con scompenso cardiaco: il progetto europeo SmartCare nella Regione Friuli Venezia Giulia* - G. Ital. Cardiol., Roma (2021).
- Pilotto A. et al.: *Sviluppo e convalida di un indice prognostico multidimensionale per la mortalità basata su un programma di valutazione multidimensionale standardizzato (MPP SVaMA) in soggetti anziani residenti in comunità* - J. Am. Med. Dir. Assoc. (2013).

**Materiali e Metodi**

Studio trasversale multicentrico (Luglio-Settembre 2021) in cui è stato somministrato un questionario ad un campione eterogeneo di infermieri che prestano servizio in regime di dipendenza sia nelle unità operative dei presidi ospedalieri ASL Bari e sia in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per i distretti sanitari ASL Bari e in regime di libero professionista nel territorio della Provincia di Bari. Il test, redatto sulla base delle linee guida sulle dimissioni protette - percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio (Asl Bari, 2013), si compone di 5 domande con risposte a scelta multipla (Si/No) suddivise in 3 sezioni: professionale, concernente la presa in carico di un paziente che necessita di dimissione protetta; conoscitiva, riguardante la conoscenza e la compilazione della scheda SVaMA; responso, attinente la necessità di promuovere la formazione infermieristica sul sistema della rete socio-assistenziale territoriale con annessa documentazione per la dimissione protetta. Gli infermieri, in primo luogo, hanno indicato in quale regime esercitano la professione infermieristica e gli anni di servizio lavorativo. Nell'analisi statistica, sia i dati categorici che le variabili continue sono state presentate come frequenze (n) e percentuali (%).

**Risultati**

Hanno partecipato all'indagine 50 infermieri (100%), campionamento minimo prefissato per lo studio. La maggioranza degli infermieri esercita la propria professione per un periodo di tempo superiore a 3 anni (72%) e come dipendenti nelle unità operative (82%); il 16% presta servizio in regime di libero professionista e il 2% lavora in ADI per i distretti sanitari (Tabella 1). Nella sezione professionale il 76% degli infermieri ha dichiarato che non ha mai sentito parlare o non si è mai trovato di fronte ad un assistito che necessitava di dimissione protetta. Per la sezione conoscitiva, invece, la metà degli infermieri (50%) sostiene di conoscere la scheda SVaMA per la valutazione multidimensionale delle persone adulte e/o anziane ma solo 12 professionisti (24%) hanno asserto di aver compilato la scheda SVaMA del paziente preso in carico (Figura 1); inoltre, il livello di conoscenza dei percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio e della documentazione inerente la dimissione protetta risulta essere carente nel 82% dei casi (Figura 2). Infine, nella parte del responso, 48 infermieri (96%) ritengono necessaria la promozione di corsi di aggiornamento e approfondimento nell'ambito del sistema sulla rete socio-assistenziale territoriale.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=50)

| Caratteristiche       | n(%)     |
|-----------------------|----------|
| Campione intervistati | 50 (100) |
| Anni di servizio:     |          |
| > 3 a                 | 36 (72)  |
| 1 a < n < 3 a         | 9 (18)   |
| < 1 a                 | 5 (10)   |
| Ambito professionale: |          |
| Unità Operativa       | 41 (82)  |
| ADI                   | 1 (2)    |
| Libero professionista | 8 (16)   |

Figura 1. Ha mai compilato la scheda SVaMa?

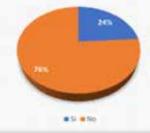
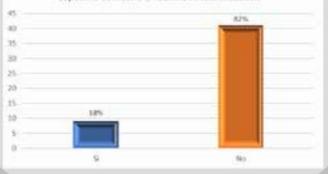


Figura 2. Quanto conosce i percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio e relativa documentazione?



## Analisi qualitativa delle competenze infermieristiche in Assistenza Domiciliare Integrata: studio cross-sectional



Muschitiello Vito<sup>1</sup>, Marseglia Carmela<sup>2</sup>, Tanzi Nicolina<sup>3</sup>, Dell'Aquila Michele<sup>4</sup>, Calamita Maurizio<sup>5</sup>, Brienza Nicola<sup>6</sup>, Micoli Francesco<sup>7</sup>.

1. Infermiere, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Blasi", Policlinico di Bari. 2. Docente – Tutor didattico, CdL Infermieristica – Scuola di Medicina, Università degli studi di Bari "Aldo Moro". 3. Infermiere, DSSU ASL Bari. 4. Studente, CdL Infermieristica – Scuola di Medicina, Università degli studi di Bari "Aldo Moro". 5. Infermiere, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Blasi", Policlinico di Bari. 6. Direttore, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Blasi" - Policlinico di Bari; Professore ordinario, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti d'Organo (DETO) - Università degli studi Aldo Moro" di Bari. 7. Infermiere Coordinatore, U.O. Anestesia e Rianimazione 1 "De Blasi", Policlinico di Bari.

### Introduzione

L'assistenza domiciliare consiste nella possibilità di fornire servizi e strumenti per garantire il mantenimento dello stato di salute del paziente a domicilio (WHO, 1998). L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) garantisce servizi socio-assistenziali al fine di contrastare le forme patologiche in atto, il declino funzionale e migliorare la qualità della vita dell'assistito (Larsen et al., 2012).

In Italia, la gestione dell'ADI è a carico del Distretto socio-sanitario in ambito territoriale e si rivolge a persone non autosufficienti e in condizione di fragilità che necessitano di continuità assistenziale mediante interventi multidisciplinari che sono programmati all'interno di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e che comprendono prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali (Ministero della Salute, 2006).

Per rispondere ai bisogni di salute sul territorio determinato dall'aumento della vita media e delle patologie cronic-degenerative, servirebbe un numero congruo di infermieri, stimato a 31mila operatori in più rispetto a quelli che già esercitano in ADI (FNOPI, 2021). Inoltre, il report ADI di Italia Longeva (2018), ha dimostrato che gli infermieri, durante l'assistenza domiciliare, si ritrovano a svolgere alcune prestazioni sanitarie non prettamente di competenza infermieristica.

L'obiettivo dello studio è quello di analizzare la qualità del processo assistenziale e quindi delle competenze messe in atto dagli infermieri operanti in ADI.

### Materiali e Metodi

Studio descrittivo cross-sectional multicentrico (Agosto – Settembre 2021) condotto presso il Distretto socio-sanitario di Ruvo di Puglia e presso il Distretto Unico di Bari.

E' stato adottato un campionamento di convenienza: a tutti gli infermieri che lavorano in ADI e che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati somministrati due questionari.

Il primo questionario "Test 1" è stato redatto sulla base delle linee guida nazionali del Ministero della Salute (Documento LEA domiciliari, 2006) ed è composto da 9 items (Likert a 5 punti, mai/molto spesso) suddiviso in tre parti: assistenza orientata ai risultati; assistenza orientata all'arricchimento professionale; assistenza orientata alla qualità degli interventi infermieristici.

Il secondo questionario "Test 2", costituito da 4 items, è stato stilato tenuto conto delle criticità emerse dal report ADI di Italia Longeva (2018) ed è orientato a valutare la formazione infermieristica domiciliare e l'aspetto multidisciplinare. Con la somministrazione dei test sono state raccolte anche le informazioni socio-anagrafiche dei partecipanti, in particolare, l'età, gli anni di servizio in ADI e, solo per il test 2, il numero medio degli interventi giornalieri.

Nell'analisi statistica descrittiva, sia i dati categorici che le variabili continue sono state presentate come frequenze assolute (n) e percentuali (%).

### Risultati

Sono stati contattati 30 infermieri operanti in ADI. Hanno risposto al primo questionario 14 infermieri per un tasso di risposta pari al 46,6% (Tabella 1), mentre, 20 infermieri (tasso di risposta 66,6%) hanno partecipato al Test 2 (Tabella 2).

#### TEST 1

Nella prima parte del questionario, al fine di raggiungere i risultati assistenziali tenuto conto di linee guida, protocolli e procedure, gli infermieri hanno dichiarato che forniscono molto spesso un'assistenza educativa individualizzata al paziente nel 42,9% dei casi e che esercitano le prestazioni domiciliari richieste tenuto conto di un ordine di priorità assistenziale in maniera frequente (57,1%). Nella seconda parte, 11 operatori (78,6%) hanno dichiarato di aver arricchito spesso le proprie competenze professionali con la formazione post-base (Figura 1). Infine, nella terza parte, i professionisti hanno risposto che rispettano spesso le esigenze individuali dell'utente (64,3%) e dell'organizzazione (78,6 %).

#### TEST 2

Si evidenzia che quasi la metà degli infermieri (40%) ottempera ad un numero medio di 4 interventi domiciliari giornalieri. In particolare, il 95% dichiara di sottoporsi a corsi di formazione aziendali relativi le cure domiciliari; nell'ottica della multidisciplinarietà, tutti (100%) affermano di comunicare efficientemente con i membri del team ma molto spesso la maggiorparte (35%) dichiara di svolgere competenze non prettamente infermieristiche e/o sanitarie (Figura 2).

| Tabella 1. TEST 1 : Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=30) |         |    |        |
|--|---------|----|--------|
| Caratteristiche  | Range   | n  | (%)    |
| Campione intervistati  |         | 14 | (46,6) |
| Anni di età  | 29<n<47 |    |        |
| Anni di servizio   | 1<n<16  |    |        |

| Tabella 2. TEST 2 : Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=30) |         |    |        |
|--|---------|----|--------|
| Caratteristiche  | Range   | n  | (%)    |
| Campione intervistati  |         | 20 | (66,6) |
| Anni di età  | 34<n<59 |    |        |
| Anni di servizio   | 3<n<22  |    |        |
| N° interventi/die:   |         |    |        |
| 2 interventi/die   |         | 1  | (5)    |
| 3 interventi/die   |         | 5  | (25)   |
| 4 interventi/die   |         | 8  | (40)   |
| 5 interventi/die   |         | 6  | (30)   |

Figura 1. Ho aggiornato le mie conoscenze con la formazione post-base

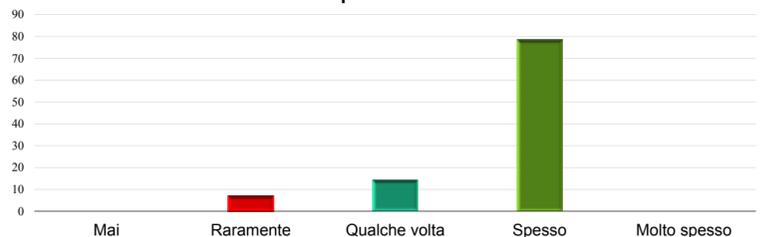
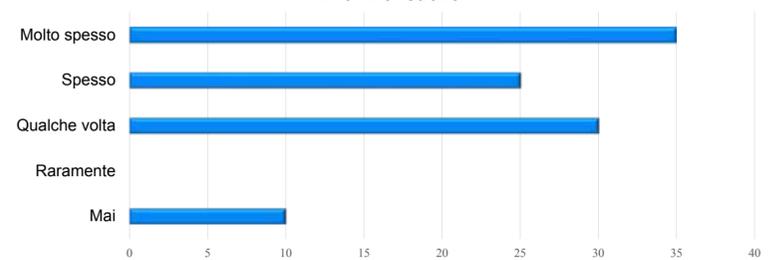


Figura 2. Durante ADI, svolgo prestazioni non prettamente infermieristiche



### Conclusioni

I risultati dello studio mostrano una buona qualità dell'assistenza infermieristica nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, favorita soprattutto dal continuo aggiornamento professionale degli infermieri. Possiamo affermare, infatti, che l'assistenza erogata dagli infermieri è incentrata e individualizzata completamente alle esigenze del paziente e tiene conto delle linee guida e dei protocolli. Ne consegue che l'aderenza alle linee guida favorisce di gran lunga la sicurezza delle cure andando a limitare le complicanze sul paziente assistito a domicilio (Benci et al., 2017). Inoltre, dallo studio si evince come gli infermieri esprimono al meglio le proprie competenze attraverso una comunicazione efficace con gli altri professionisti socio-sanitari: questo assicura un impatto positivo sulle cure (Baker et al., 2011).

Tuttavia, le criticità emerse riguardano l'adozione di interventi sul paziente non prettamente infermieristici e/o sanitari che implicano un maggior carico di lavoro da parte dell'infermiere ma soprattutto un decremento della qualità dell'assistenza; questo risultato risulta essere in linea con il report ADI di Italia Longeva (2018). Urge, quindi, implementare i team assistenziali domiciliari con le risorse umane e strumentali sufficienti a soddisfare i bisogni dell'assistito.

### Bibliografia essenziale

- Definizione di Assistenza Domiciliare, Organizzazione Mondiale della Sanità (1998).
- Larsen, T., et al.: *Integrated Homecare in Europe for Frail Elderly Somatic Patients – Focusing on Stroke, Heart Failure and COPD*. A Health Technology Assessment (2012).
- *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Ministero della Salute (2006).
- *Cure domiciliari*, FNOPI (2021).
- Vetrano D.: *L'assistenza domiciliare in Italia – Italia Longeva* (2018).
- Benci L. et al.: *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria – Edizioni Quotidiano Sanità* (2017).
- Baker L. et al.: *Relationships of power: implications for interprofessional education and practice* - Journal of Interprofessional Care (2011).



## Assistenza Domiciliare Integrata e rapporto della domiciliarità: Un'esperienza della Asl Bt

Ruta F. <sup>1</sup>, Memeo V.<sup>2</sup>, Martiradonna R.<sup>3</sup>, Di Matteo T. <sup>4</sup>, Scelzi A. <sup>5</sup>, Viggiano I. <sup>6</sup>

1. Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche Asl Bt, 2. Direttore Area Gestione Risorse Umane, Asl Bt 3. Dirigente Amministrativo Asl Bt, 4. Direttore Generale Asl Bt., 5. Diettore Sanitario Asl Bt, 6. Direttore Amministrativo Asl Bt.

### Introduction

Il SARS-CoV-2 è un nuovo ceppo di coronavirus, mai identificato precedentemente nell'uomo. E' altamente contagioso e può essere trasmesso da persona a persona tramite un contatto stretto con un caso probabile o confermato, ad esempio tra familiari o in ambiente sanitario. Il contagio inter-familiare è considerato una importante via di diffusione del virus. Il mantenimento di rigorose norme di isolamento domiciliare per i soggetti positivi che non richiedono l'ospedalizzazione o che sono stati dimessi dall'ospedale, così come per i soggetti asintomatici o paucisintomatici in isolamento fiduciario a seguito di un contatto con casi accertati, è necessario per impedire la diffusione del virus.

Tuttavia, l'attività di assistenza domiciliare in corso nel periodo pandemico nella Area Nord della Regione Puglia Asl Bt ha rilevato, come in alcuni nuclei familiari non sia possibile mettere in pratica le raccomandazioni per un corretto isolamento fiduciario inter-familiare e per i familiari che li assistono.

### Results

Dallo studio è emerso che le caratteristiche del contesto sociale e dell'ambiente domestico, influiscono negativamente sul rispetto delle norme per l'isolamento domiciliare. In un caso ogni quattro infatti, l'operatore ha individuato una criticità nella possibilità di fare un corretto isolamento domiciliare.

E' inoltre emerso come tra i soggetti positivi al COVID 19, vi sia una maggiore consapevolezza dell'importanza e dell'osservazione delle norme di isolamento sociale.

Inoltre, il 55.6% dei pazienti affetti da SARS-COV-2 vive insieme a familiari ad alto rischio di sviluppare sintomi gravi a causa di fattori critici come età e presenza di condizioni cliniche aggiuntive di comorbidità.

### Methodology

Per analizzare le caratteristiche familiari ed ambientali necessarie all'isolamento del paziente, uno studio osservazionale trasversale è stato condotto dagli infermieri operanti in ADI, su 32 pazienti gestiti a domicilio sul territorio della Asl BT distretto di Barletta, distretto di Margherita, Trinitapoli San Ferdinando.

Durante lo studio sono stati rilevati i seguenti dati:

1. le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti oggetto dello studio;
2. la presenza delle condizioni minime per il rispetto delle misure raccomandate dall'Istituto Superiore Sanità ISS.

Successivamente, i dati sono stati organizzati in una griglia per la valutazione delle condizioni socio/clinico/ambientali dei pazienti.

### Conclusion

L'individuazione delle caratteristiche che sono risultate da ostacolo alla implementazione delle misure di prevenzione e controllo della diffusione del virus pandemico, consentirà la costruzione di un algoritmo per stabilire il livello di rischio del nucleo familiare.

Questo metodo potrà essere applicato direttamente dagli operatori sanitari dell'assistenza domiciliare per l'individuazione dei soggetti a rischio.

L'applicazione dello strumento consentirà di ridurre il rischio di trasmissione mediante la rimozione delle cause ostacolanti, l'implementazione delle raccomandazioni per il controllo, ove possibile, e/o l'adozione di misure adeguate, ad esempio il trasferimento in strutture idonee delle persone affette dalla malattia che non sono risultate in grado di mantenere un corretto isolamento.

### Acknowledgements

1. RONDINA, T. (2021). L'assistenza domiciliare integrata, opportunità per la gestione dei casi e dei contatti di COVID19.
2. CALIARI, M. L. (2022). L'infermiere come educatore sanitario, prima e durante l'epidemia da Covid-19: studio sperimentale.
3. GIOTTO, S. Esperienza degli infermieri di Assistenza Domiciliare Integrata in un anno di pandemia da Covid-19: uno studio qualitativo.
4. IMPAGLIAZZO, M. (2020). Anziani: assistenza e cure domiciliari possono evitare l'isolamento. *Sant'Edigio*.



**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)  
E ASSISTENZA DOMICILIARE RIABILITATIVA (ADR):  
sovrapponibili o divergenti?**

**Forte Giacomo Francesco\*, Crisetti Marco\*\*, de Nittis Raffaele Pio\*\*\***

\* Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "S.M.A.R.", Manfredonia, Foggia

\*\* Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, San Giovanni Rotondo, Foggia

\*\*\* Cooperativa Sociale per Azioni "San Giovanni di Dio", Foggia

**Introduction**

Questo studio ha inteso indagare sulla possibile confusione che si potrebbe generare tra due modalità erogative di una stessa tipologia prestazionale: la riabilitazione domiciliare. Ha analizzato le eventuali differenze tra le stesse in termini di durata e complessità che dovrebbero giustificare le differenti tariffe di remunerazione e le diverse coperture dei costi da parte del SSN.



Foto 1 - Un intervento ADI

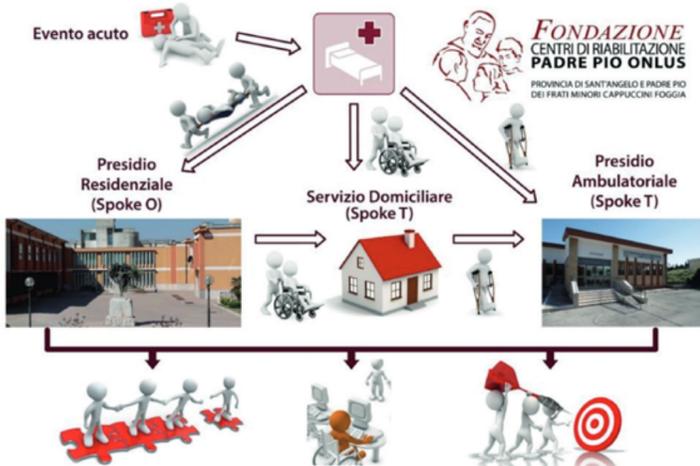


Foto 2 - La rete riabilitativa con ADR

**Methodology**

Revisione della letteratura e della normativa partendo dai DPCM 29 novembre 2001 e DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) e dall'accordo Governo-Regioni e Province Autonome sulla "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari" (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021); benchmarking presso strutture che erogano prestazioni di ADI e/o ADR.

**Results**

Le prestazioni riabilitative all'interno del Piano Assistenza Individuale (PAI) dell'ADI sono indirizzate alle "persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse", mentre quelle all'interno del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) dell'ADR sono indirizzate alle "persone con disabilità complesse". Pertanto, non si evidenzia nessuna differenza di eleggibilità ai fini riabilitativi. Entrambe, inoltre, sono "temporizzate" in base alla gravità e complessità del paziente. Le prime, però sono a totale carico del SSN per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento per i giorni successivi. Le seconde, invece, sono a totale carico del SSN fino alla conclusione del PRI. Inoltre, esistono importanti differenze tariffarie tra le due modalità erogative, con l'ADR che risulta sensibilmente più onerosa rispetto all'ADI.

Figura 2.19 Assistenza domiciliare integrata - Casi trattati per 100 mila abitanti, Anno 2017

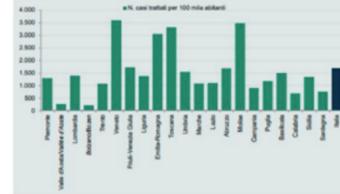


Foto 3 - Assistenza domiciliare integrata - Casi trattati per 100 mila abitanti, Anno 2017

Tavola 2.4 Spesa sanitaria per funzione di assistenza e fonte di finanziamento, Anno 2018 (composizioni percentuali)

|   | Spesa amministrativa e assicurativa sanitaria a contributo obbligatorio | Spesa Regionale | Spesa statale | Tutti i regimi di spesa |
|---|---|-----------------|---------------|-------------------------|
| Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione  | 58,1  | 31,6            | 43,6          | 44,8                    |
| Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione                      | 30,0  | 4,7             | 4,0           | 27,8                    |
| Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione                | 4,7   | 0,7             | 1,2           | 3,8                     |
| Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione  | 18,2  | 24,5            | 38,0          | 22,9                    |
| Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione  | 3,2   | 7,9             | 16,4          | 12,9                    |
| Assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)  | 10,9  | 2,3             | 15,1          | 10,5                    |
| Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine  | 5,5   | 1,9             | 8,9           | 6,2                     |
| Assistenza (sanitaria) ospedaliera durata a lungo termine                                 | 0,8   | 0,0             | 0,0           | 0,7                     |
| Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine                                      | 2,3   | 0,0             | 1,0           | 2,0                     |
| Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine  | 2,1   | 1,6             | 6,3           | 1,6                     |
| Servizi ausiliari (non specificati per funzione)  | 8,1   | 8,7             | 8,2           | 8,1                     |
| Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)       | 15,5  | 8,5             | 37,8          | 26,4                    |
| Prodotti farmaceutici e altri prodotti medici non durevoli (non specificati per funzione) | 14,7  | 0,0             | 28,6          | 17,5                    |
| Apparecchi terapeutici ed altri prodotti medici durevoli (non specificati per funzione)   | 0,8   | 5,5             | 9,1           | 2,6                     |
| Servizi per la prevenzione delle malattie   | 5,1   | 17,4            | 8,2           | 4,3                     |
| Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento                    | 1,4   | 10,4            | 0,0           | 2,8                     |
| TUTTE LE FUNZIONI   | 100,0   | 100,0           | 100,0         | 100,0                   |

Foto 4 - Spesa sanitaria per funzione di assistenza e fonte di finanziamento, Anno 2018 (composizioni percentuali)

**Conclusion**

Il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), all'art. 22 "Cure domiciliari", nulla dice in merito all'assistenza domiciliare riabilitativa. Anche l'accordo Governo-Regioni che fissa i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari non prende in considerazione la riabilitazione domiciliare. Lo fa invece, il comma 1 dell'art. 27 dello stesso DPCM e approfondiscono l'argomento le "Nuove Linee di Indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Rep. Atti n. 124/CSR del 4 agosto 2021). A parere degli autori, al fine di evitare sovrapposizioni e confusione tra gli addetti ai lavori, l'Assistenza Domiciliare Riabilitativa deve essere una soltanto ed essere erogata anche nell'ambito dell'ADI integrando questa tipologia assistenziale e adattando le tariffe in base alla o alle altre prestazioni necessarie non erogate nell'ambito del PAI. Questa soluzione consentirebbe anche una continuità di cure riabilitative efficaci, efficienti e certamente più appropriate

**Bibliography**

1. DPCM 12 gennaio 2017 - 2. Rep. Atti n. 124/CSR del 4 agosto 2021
3. Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021





## Integrazione Ospedale-Territorio

### *Dimissioni protette/facilitate: elemento per la programmazione del nuovo modello organizzativo di sanità territoriale.*

AUTORI: Drago G. \*, Barbarossa C. °, Dimarco S. °, Midolo A. °, Borgia G.§, Pirillo E.§, Giarratana A.\*\*

\*Direttore Medico - Direzione Medica – P.O. “R. Guzzardi” di Vittoria – ASP Ragusa  
\*\*Dirigente Medico - Direzione Medica – P.O. “R. Guzzardi” di Vittoria – ASP Ragusa  
° Servizio Infermieristico - Direzione Medica – P.O. “R. Guzzardi” di Vittoria – ASP Ragusa  
§ Assistente Sociale – Direzione Medica – P.O. “R. Guzzardi” di Vittoria – ASP Ragusa

**PAROLE CHIAVE:** Integrazione ospedale-territorio; PNRR; Assistenza Socio Sanitaria.

#### INTRODUZIONE

Ad oggi il PUA (Punto Unico di Accesso) è la struttura che garantisce l'accesso unitario alla rete della domiciliarità, residenzialità, semi-residenzialità e al sistema integrato dei servizi sociosanitari, promuovendo una piena integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria. Il PNRR prevede, quale anello di congiunzione fra ospedale-territorio, il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie, *Ospedali e Case di Comunità*, affidando al PUA anche la funzione di Unità di Valutazione Multidimensionale. Le Centrali Operative Territoriali (COT) coordinerebbero i servizi domiciliari con gli altri servizi sociosanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali, la rete di emergenza e le Cure intermedie. Scopo dello studio è stato analizzare l'attività di integrazione del Servizio Sociale ospedaliero con il PTA e le componenti distrettuali interessate, come proxy per una valutazione olistica dei bisogni socioassistenziali dei pazienti dimessi dal P.O. di Vittoria.

#### MATERIALI E METODI

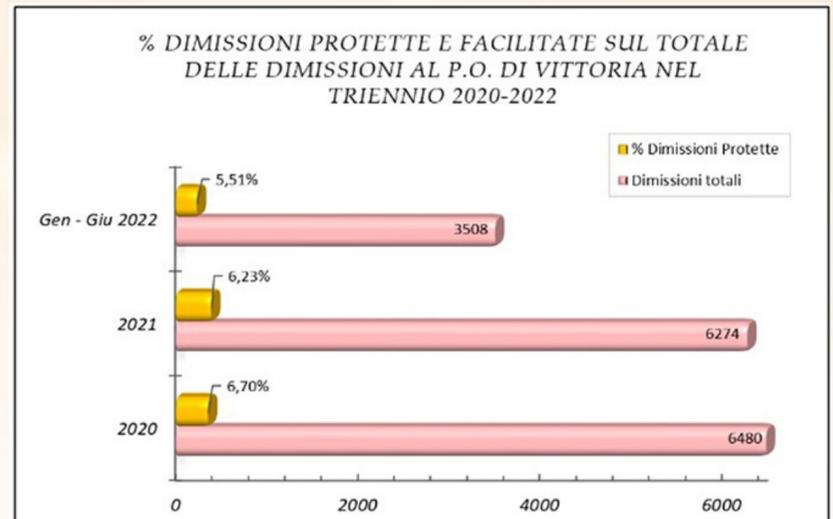
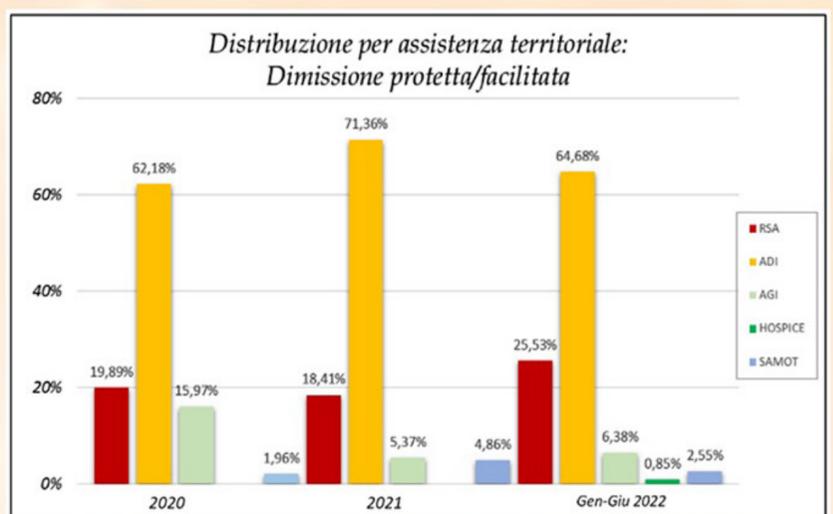
Studio osservazionale relativo al biennio '20-'21 e Gen-Giu '22. Per l'analisi dei dati è stato creato un database che consentisse il monitoraggio delle attività di integrazione ospedale-territorio nelle dimissioni/presa in carico dei pazienti presso RSA, ADI, AGI, HOSPICE o SAMOT. Si è proceduto così al confronto dei volumi di attività del periodo pandemico ('20) di interruzione/riduzione dell'attività differibile con quella di ripresa.

#### RISULTATI

Dall'analisi dei dati si evince una maggiore attività per le dimissioni protette per tutto il periodo oggetto di analisi (RSA+ADI 82%;90%;90% rispettivamente '20-'21-Gen/Giu'22) con prevalenza di dimissioni in ADI (>60%). Ciò costituisce un parametro proxy circa il profilo epidemiologico dei pazienti ricoverati in termini di necessità di assistenza territoriale. Si evidenzia, inoltre, una riduzione dei volumi di dimissioni in AGI e cure palliative nei mesi di Apr-Mag-Giu'20 con una netta ripresa nei mesi successivi (+54,7%), riflettendo l'impatto indiretto negativo della pandemia da SARS-Cov2 sulle malattie croniche non trasmissibili, per riduzione delle attività assistenziali differibili e degli accessi ospedalieri, per timore di contagio. Tra le dimissioni totali effettuate nel P.O. di Vittoria, le dimissioni protette rappresentano **oltre il 6%**.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale (PTA- cure primarie- gestione integrata – day service territoriale) di cui all'art. 12 c. 8 della l.r. 5/2009 di riordino del SSR
- 2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR
- 3 Modelli e standard organizzativi dell'Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. GU n.144, 22/06/2022
- 4 Il nuovo punto unico di accesso (PUA) – F. Pesaresi-www.luoghicura.it



#### CONCLUSIONI

L'analisi e il monitoraggio dell'attuale integrazione ospedale-territorio attraverso l'attività del PUA ospedaliero come parametro proxy del bisogno di salute e condizione clinica/sociale, potrebbe essere strategico per contribuire alla stratificazione della popolazione per intensità di bisogni al fine di orientare interventi di riorganizzazione aziendale nelle risposte da parte del sistema sociosanitario del nuovo modello organizzativo territoriale per una gestione appropriata delle dimissioni ospedaliere e una presa in carico in termini di *Planerty Health* con particolare attenzione alla salute mentale e condizioni di fragilità.





**Integrazione Ospedale-territorio. Dimissioni protette: utilizzo del software gestionale dedalus per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata da parte del Personale Ospedaliero Del PO di Niscemi ASP CALTANISSETTA**

Alessandro Caltagirone – Direttore Generale, Marcella Paola Santino – Direttore Sanitario, Elena Sentina – Dirigente Medico UOS ADI RSA, Salvatrice Maria Rosaria Lombardo – Dirigente Medico ADI RSA, Gaetano Maurizio Spanalatte – Infermiere Distretto Sanitario Gela, Giacomo Bartoluccio – PUA Distretto Sanitario Gela, Francesca Baia – Psicoterapeuta, Salvatore Cusumano – Psicologo Area Sud Covid 19, Giuseppe Iacona – Dirigente Professioni Sanitarie, Alfonso Cirrone Cipolla – Responsabile Area Sud Covid 19

**Introduzione**

L'ADI – assistenza domiciliare integrata è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, soggetti disabili e da soggetti affetti da malattia cronico – degenerative in fase stabilizzata, parzialmente o totalmente, temporaneamente o in modo permanente non autosufficienti che necessitano di assistenza continua di natura infermieristica o riabilitativa.

Il vantaggio consta nel fatto che l'ammalato permane a casa in una condizione di confort accanto ai propri cari e diminuendo notevolmente i costi dei ricoveri ospedalieri non necessari.

Il PUA -Punto Unico di Accesso – eroga attività di accoglienza, informazione ed orientamento dei cittadini e valutazione dei bisogni espressi.

Il servizio consente di migliorare le procedure di accesso all'assistenza.

La dimissione protetta è una dimissione da un reparto di degenza ospedaliera di un assistito con bisogni socio-sanitari per i quali devono essere definiti gli interventi terapeutici al fine di garantire una continuità assistenziale.

**Materiali e metodi**

I dati analizzati si riferiscono al periodo 01.09.2020 al 31.08.2022.

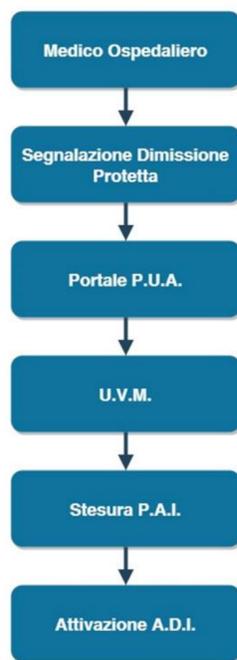
Sono stati messi a confronto il numero delle dimissioni protette effettuate nel 2021 e nel 2022 e il numero totale delle dimissioni effettuate dagli stessi reparti afferenti al Presidio Ospedaliero di Niscemi.

**Obiettivi**

Obiettivo dello studio è quello di analizzare e descrivere l'andamento delle Dimissioni protette nel Presidio Ospedaliero di Niscemi (Caltanissetta) dal 01.09.2020 al 31.08.2022, a seguito dell'utilizzo del software gestionale PUA UVM Dedalus Healthcare System Group Version 2.4.4-SNAPSHOT.

Il software consente l'accesso al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta ed al medico ospedaliero dipendente dell'ASP di Caltanissetta e di effettuare la richiesta di inserimento del proprio assistito alle cure domiciliari o presso RSA.

**Tabella A**  
**Percorso di segnalazione delle Dimissioni Protette**



**BIBLIOGRAFIA**

- 30-11-2007 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 56
- D. Lgs. 502/92 e D. Lgs. n. 229/99)
- DPCM del 14 febbraio 2001



**Risultati**

|                               | 01.09.2020 al 31.08.2021 | 01.09.2021 al 31.08.2022 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>N. DIMISSIONI PROTETTE</b> | 5                        | 26                       |
| <b>TOT. SDO</b>               | 1425                     | 1605                     |
| <b>PERCENTUALE</b>            | 0.35%                    | 1.61%                    |

Numero dimissione protette dal 01.09.2020 al 31.08.2021=5  
 Numero dimissione protette dal 01.09.2021 al 31.08.2022=26  
 Numero SDO dal 01.09.2020 al 31.08.2021 = 1425  
 Numero SDO dal 01.09.2021 al 31.08.2022 = 1605  
 Percentuale dimissioni protette I periodo: 0.35%  
 Percentuale dimissioni protette II periodo: 1.61%



**Conclusioni**

Grazie all'acquisizione del software PUA le richieste di segnalazione di dimissione protetta da parte del personale ospedaliero del Presidio Ospedaliero di Niscemi sono progressivamente aumentate, presumibilmente grazie ad una più semplice modalità di esecuzione e con snellimento dell'iter burocratico.



## La gestione multiprofessionale del paziente con cannula endotracheale a domicilio: l'esperienza dell'area Empolese

Loriana Meini<sup>1</sup>, Genny Pasquini<sup>2</sup>, Elisa Rinaldini<sup>3</sup>, Paolo Zoppi<sup>4</sup>

1 Direttore SOC Assistenza Infermieristica territorio Empoli, Ausl Toscana Centro  
2 SOS Assistenza Infermieristica territorio Empoli, Ausl Toscana Centro  
3 SOC Monitoraggio, Qualità e Accredimento, Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica Ausl Toscana Centro  
4 Direttore Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, Ausl Toscana Centro

### Introduzione

L'assistenza domiciliare fornisce risposte a bisogni di salute sempre più complessi. Nel malato con bisogni complessi la compromissione dell'autosufficienza e la difficoltà dell'approccio assistenziale-terapeutico necessitano di interventi multiprofessionali, in grado di integrare competenze avanzate per dare risposte sia alla persona che alla famiglia.

Il DM 77/2022 ribadisce l'importanza della "domiciliarità" delle cure e il ruolo dell'Infermiere di Famiglia come la figura professionale che garantisce assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità.

Il Dipartimento Infermieristico insieme alla struttura complessa di Rianimazione ha implementato un percorso di cura mirato alla gestione degli utenti portatori di cannula endotracheale e/o ventilazione meccanica invasiva a domicilio, favorendo la gestione di questi utenti in un'ottica di Continuità Ospedale - Territorio.

### Metodologia

Azioni intraprese:

- Definizione di un PDTA per la gestione dei pazienti complessi a domicilio
- Individuazione di un pool di anestesisti esperti per gli accessi domiciliari insieme all'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC) di riferimento
- Individuazione di un consulente infermieristico esperto in ventilazione
- Mappatura degli utenti già in carico ai servizi domiciliari
- Arruolamento dei nuovi casi tramite ACOT per le segnalazioni
- Condivisione del percorso con la Medicina Generale
- Presenza in carico integrata di utente e famiglia
- Creazione di percorsi facilitati per l'accesso in ospedale

#### Matrice delle Responsabilità

**Attori coinvolti:**  
MMG: Medico Medicina Generale  
INF: Infermiere Assistenza territoriale  
ANE: Medico Anestesista Sianimatore  
AMM: Personale amministrativo  
ACOT: Coordinatore ACOT  
FAR: Farmacista  
PO: Po continuità ospedale - territorio

| ATTIVITÀ   | ATTORI |     |     |     |      |    |      |
|--|--------|-----|-----|-----|------|----|------|
|  | MMG    | INF | ANE | AMM | ACOT | PO | FARM |
| Creazione lista dedicata su applicativo SIS-PREST per gestione agenda appuntamenti |        | I   | I   | R   | C    | C  |      |
| Visita domiciliare specialista anestesista   | I      | C   | R   |     |      |    |      |
| Programmazione calendario visite domiciliari                                       | I      | C   | R   |     | I    | C  |      |
| Approvvigionamento borsa dedicata  |        | I   | R   |     |      |    | C    |
| Individuazione nuovi utenti in dimissione ospedaliera da inserire nel percorso     | C      | C   | I   |     | R    |    |      |
| Attività di consulenza telefonica h24 in reparto                                   | I      | I   | R   |     | I    |    |      |
| Registrazione attività su portale Aster - Siss                                     |        | C   | R   |     |      |    |      |
| Monitoraggio attività e debito informativo   |        |     |     |     | C    | R  |      |

### Risultati

Nel triennio 2020-2022 il servizio ha seguito di n. 23 utenti con cannula endotracheale; attualmente in carico ci sono 14 utenti.

UTENTI IN CARICO al 30.09.22



Sono state effettuate n. 137 visite domiciliari con IFC ed anestesisti

Intervallo medio di sostituzione: 10 settimane (con minimo 5 e max 12 settimane)

Evento avverso (senza esiti): n. 1 Audit Rischio Clinico con azioni di miglioramento

N. 23 visite multiprofessionali effettuate in ambulatorio con percorso strutturato

|                                 | 2020 | 2021 | 2022 (al 30.09) |
|---------------------------------|------|------|-----------------|
| Accessi domiciliari con IFC     | 44   | 44   | 40              |
| Accessi in RSA                  | 12   | 12   | 0               |
| Accessi programmati in ospedale | 10   | 0    | 0               |
| Accessi totali                  | 66   | 56   | 40              |

### Conclusioni

La gestione a domicilio di un paziente portatore di cannula endotracheale riduce i disagi associati ai trasferimenti verso le strutture sanitarie, mantiene le persone nel loro contesto di vita, migliora la compliance, permette un uso più appropriato delle risorse e contribuisce anche a ridurre le spese. L'IFC non è solo erogatore di cure assistenziali ma assume il ruolo di "facilitatore" tra le istanze della famiglia/utente e la rete dei servizi, attivando le risorse e garantendo prossimità e equità di accesso alle cure.

### Bibliografia Essenziale

DM 77/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

per contatti:  
innovazione.dipartimentoinfermieristico@uslcentro.toscana.it



**L'approccio multidisciplinare del paziente diabetico: il ruolo del biologo nutrizionista**

PROGETTO ALIMENTI – LABORATORIO ANALISI – DIETA E NUTRIZIONE

Dott.ssa Raniera Pedone – Dott.ssa Giulia Tavanti



**Introduction**

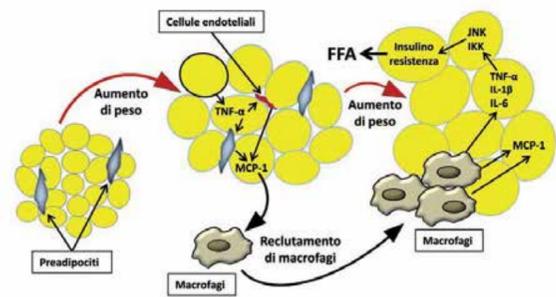
Nella cura del Diabete di tipo 2 risulta essenziale la cooperazione tra il medico specialista e altre figure professionali prima tra tutte quella del Biologo Nutrizionista. Al contempo, per un corretto approccio alle cure del paziente diabetico è richiesta la partecipazione attiva del soggetto per il miglioramento dell'efficacia delle cure con un maggior controllo glicemico. L'approccio multidisciplinare quindi è necessario per la riduzione delle complicanze.



**Results**

Diete non bilanciate ricche di zuccheri raffinati e grassi saturi possono portare nel lungo termine a sovrappeso e obesità responsabili a loro volta di disordini metabolici come il DM2.

Il processo di adipogenesi è attivato e regolato da fattori di trascrizione e vie di segnalazione biochimiche che portano alla formazione dell'adipocita maturo a partire da cellule staminali mesenchimali.



Nei soggetti in sovrappeso o obesi il tessuto adiposo va incontro ad:

- aumento del numero di cellule (iperplasia)
- aumento delle dimensioni (ipertrofia)

La conseguenza è una maggiore produzione di citochine infiammatorie con aumentato rischio di sviluppare patologie cardiovascolari e metaboliche come il DM2.

**Methodology**

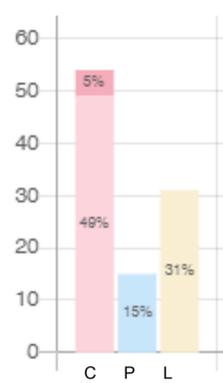
In questa ottica la Dieta Mediterranea è un importante punto di riferimento sia per le campagne di prevenzione delle malattie cardiovascolari e del diabete sia come supporto alla terapia farmacologica. Il controllo dell'indice e del carico glicemico sono essenziali per evitare rapidi innalzamenti della glicemia post-prandiale.

Controllare la glicemia senza rinunciare al gusto, con pasti sani e bilanciati, come:

- Pasta di semola di grano duro con fagioli zolfini
- Pasta fresca di grano tenero di filiera toscana con olio extra vergine di oliva e formaggio grattugiato

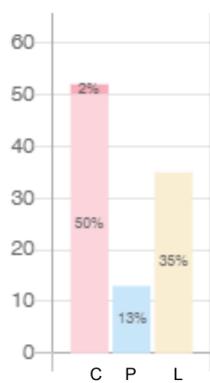
DISTRIBUZIONE DEI MACRONUTRIENTI IN UN SINGOLO PASTO

Pasta di semola con fagioli zolfini



C = 80,8 g  
P = 25,1 g  
L = 23,2 g

Pasta fresca di grano tenero



C = 66,3 g  
P = 17,6 g  
L = 21,0 g

**Legenda:**

- C = Carboidrati
- P = Proteine
- L = Lipidi



Progetto Alimenti srl-strada C,40-San Zeno -52100 Arezzo (Italia)

**Conclusion**

La conoscenza diretta delle caratteristiche chimico-nutrizionali degli alimenti consente al Biologo nutrizionista di avere maggiori informazioni da fornire al team multidisciplinare e di illustrare in termini di prevenzione le peculiarità di ciascun nutriente indicato nella dieta permettendo una scelta più consapevole.

ANALISI CHIMICA NUTRIZIONALE PER LA VERIFICA DEI NUTRIENTI

Matrice: pasta fresca di grano tenero

| Prova Metodo                                 | Prove Chimiche  | Risultato | Inc    |
|--|---|-----------|--------|
| ANALISI NUTRIZIONALE UE1169/2011 (con fibra) |   |           |        |
| Umidità                                      | Rapporti IS TISAN 1996/24 Pag 7 Met C + DM 27/05/1988 SO GU n°145 21/09/1988  | 35,8      | ±1,1   |
| Ceneri                                       | Rapporti IS TISAN 1996/24 Pag 77  | 1,001     | ±0,070 |
| Grassi totali                                | Rapporti IS TISAN 1996/24 Pag 41  | 0,92      | ±0,18  |
| Totale acidi grassi saturi                   | Rapporti IS TISAN 1996/24 Pag 47 + Reg CEE 2668/1991 11/07/1991 GU CEE + L248 05/09/1991 AS X + Reg UE 1833/2015 12/10/2015 GU UE + L26529 13/10/2015 AU IV | 0,173     | ±0,078 |
| Valore energetico                            | Reg UE 1193/2011 23/10/2011 GU UE L 304/19 22/11/2011 AU I + XIV  | 254       | ±25    |
| Valore energetico                            |   | 1080      | ±110   |
| * Carboidrati (da calcolo)                   | da Calcolo  | 52,1      | ±10,4  |
| COMPOSIZIONE ZUCCHERI                        |   |           |        |
| Galattosio                                   | MPIC09 rev. 8 2020  | < 0,10    |        |
| Glucosio                                     | MPIC09 rev. 8 2020  | < 0,10    |        |
| Fruttosio                                    | MPIC09 rev. 8 2020  | < 0,10    |        |
| Saccarosio                                   | MPIC09 rev. 8 2020  | 0,18      | ±0,04  |
| Lattosio                                     | MPIC09 rev. 8 2020  | < 0,10    |        |
| Maltosio                                     | MPIC09 rev. 8 2020  | 1,33      | ±0,27  |
| Zuccheri totali (da calcolo)                 | MPIC09 rev. 8 2020  | 1,51      | ±0,30  |
| Fibra alimentare totale                      | AOAC 985.29-1989 (2003)   | 1,74      | ±0,61  |
| Proteine                                     | MPIC05 rev. 2 2017  | 8,4       | ±1,0   |
| Sale (Sodio x 2,5)(da calcolo)               | MPIC07 rev. 2 2020  | 1,10      | ±0,18  |

**Acknowledgements**

- Mediterranean Diet Effects on Type 2 Diabetes Prevention, Disease Progression, and Related Mechanisms. A Review – S.M.Pelaez et al. 2020.
- American Diabetes, A., 8. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care, 2020.
- Alimentazione e diabete 3/6/2020. Available from: <http://www.siditalia.it/divulgazione/alimentazione-e-diabete>
- American Diabetes, A., 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care, 2020.
- Vitale, M., et al., Influence of dietary fat and carbohydrates proportions on plasma lipids, glucose control and low-grade inflammation in patients with type 2 diabetes-The TOSCA.IT Study. Eur J Nutr, 2016.
- Mann, J.I. and G. Riccardi, Evidence-based European guidelines on diet and diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2004.

